

POUVOIRS

REVUE FRANÇAISE D'ÉTUDES CONSTITUTIONNELLES ET POLITIQUES

LE POUVOIR MÉDICAL

N° 89

S O M M A I R E

PIERRE JOUANNET	5
Principes éthiques, pouvoir médical et responsabilités du praticien	
CLAUDE EVIN	15
Les droits des malades	
CHRISTINE MAUGÜÉ	31
La responsabilité juridique du médecin	
PATRICK HASSENTEUFEL	51
Vers le déclin du « pouvoir médical » ? Un éclairage européen : France, Allemagne, Grande-Bretagne	
FRANÇOIS STASSE	65
Les acteurs de la politique de santé	
JEAN DE KERVASDOUÉ	79
Progrès de la médecine et économie de la santé : faut-il limiter les dépenses de santé ?	
JÉRÔME CAHUZAC	101
Le poids des industries pharmaceutiques	
MARC BRÉMOND	119
Les syndicats de médecins contre l'organisation de la protection sociale, tout contre	
BERNARD GLORION	135
L'Ordre des médecins : quels pouvoirs ?	

CHRONIQUES

JEAN-LOUIS GUIGOU 147
La recomposition des territoires

BERNARD CUBERTAFOND 151
L'opposition au Maroc

CHRONIQUE DE L'ÉTRANGER : LETTRE D'ESPAGNE

PERE VILANOVA 161
Stabilité gouvernementale et complexité territoriale

REPÈRES ÉTRANGERS

(1^{er} novembre – 31 décembre 1998)
PIERRE ASTIÉ ET DOMINIQUE BREILLAT 169

CHRONIQUE CONSTITUTIONNELLE FRANÇAISE

(1^{er} octobre – 31 décembre 1998)
PIERRE AVRIL ET JEAN GICQUEL 175

Summaries 205

MARC BRÉMOND, médecin, professeur à l'École nationale de la Santé publique. Il a assuré la coordination nationale du PMSI (Projet de médicalisation du système d'information) à la direction des Hôpitaux entre 1987 et 1989 et créé le groupe « Image », centre de recherches de l'ENSP.

JÉRÔME CAHUZAC, député de Lot-et-Garonne, conseiller général, chirurgien, conseiller technique au cabinet du ministre de la Santé et de la Solidarité de 1988 à 1991.

CLAUDE EVIN, député de la Loire-Atlantique, ancien ministre des Affaires sociales et de la Santé. Il a rédigé un rapport au Conseil économique et social en juin 1996 sur « Les droits de la personne malade » et a publié un *Petit Dictionnaire des droits des malades* (Éd. du Seuil, 1998).

4

BERNARD GLORION, chirurgien et professeur, membre du Conseil national des universités depuis 1981 et président du Conseil national de l'Ordre des médecins.

PATRICK HASSENTEUFEL, maître de conférences en sciences politiques à l'université de Picardie. Il a publié *Les Médecins face à l'État, une comparaison européenne* (Presses de la FNSP, 1997).

PIERRE JOUANNET, professeur à la Faculté de médecine Cochin Port-Royal (université Paris-V), responsable du service de biologie de la reproduction à l'hôpital Cochin, actuel président de la Fédération française des CECOS. A été l'animateur du groupe de réflexion sur l'éthique biomédicale de Bicêtre (GREBB) de 1982 à 1992. Coéditeur, avec Minou Azoulay, de « L'éthique corps et âme », revue *Autrement*, 1987.

JEAN DE KERVASDOUÉ, professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire national des Arts et Métiers. Directeur des Hôpitaux au ministère de la Santé de décembre 1981 à octobre 1986. Il a fondé la société Sanesco, société de conseil spécialisée dans le secteur de la santé. A publié *Santé : pour une révolution sans réforme* (Gallimard, 1999).

CHRISTINE MAUGÜÉ, maître des requêtes au Conseil d'État et professeur associé à l'université de Paris-II.

FRANÇOIS STASSE, conseiller d'État, ancien directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris et coordonnateur du rapport public du Conseil d'État sur *Le Droit de la santé* (La Documentation française, 1998). Directeur général de la Bibliothèque nationale de France depuis septembre 1998.

PRINCIPES ÉTHIQUES,
POUVOIR MÉDICAL
ET RESPONSABILITÉS
DU PRATICIEN

DEPUIS UNE TRENTAINE D'ANNÉES, la médecine a sans doute plus évolué qu'au cours des siècles précédents. Les connaissances scientifiques dans le domaine du vivant se sont multipliées. La capacité à maîtriser les processus biologiques, ou à les reproduire quand ils sont défailants, s'est considérablement accrue. Bien que le méconnu ou l'impossible l'emportent encore très souvent, rares sont les éléments et les fonctions du corps ou de la vie qui restent en dehors du champ de l'intervention médicale. Il en résulte une médicalisation croissante de la vie de chacun et une transformation profonde de la pratique médicale et de ses enjeux.

5

Souvent, l'application de nouvelles technologies biomédicales et leurs conséquences conduisent à modifier ou même à bouleverser notre vision, imaginaire ou non, de notre corps et de la vie. Elles peuvent interroger nos valeurs personnelles ou celles qui dominent dans la société où nous vivons. Comme l'évolution des connaissances, l'évolution des valeurs est inéluctable, mais le rythme de ces changements respectifs étant très différent, l'accélération du phénomène a un effet déstabilisant. Aujourd'hui, le savoir-faire n'est plus un enjeu en soi, les prémices de nouveaux équilibres, de nouveaux choix éthiques, de nouveaux pouvoirs sont posés.

De la conception à la mort, quelles que soient les situations, des principes universels et fondamentaux s'imposent à la pratique médicale. Il serait cependant illusoire de vouloir se contenter d'affirmations de principe qui pourraient se révéler inopérantes. Il est nécessaire d'identifier les questions suscitées par chaque situation, par chaque projet, d'en évaluer les conséquences et de faire les choix qui répondront au mieux aux intérêts des personnes concernées dans le respect de leurs

convictions personnelles comme de celles des praticiens, mais aussi des valeurs de la société. Cette démarche pragmatique diversifiée et permanente est un exercice difficile pour le praticien. Il n'a généralement pas ou peu été formé à cela. Quelques exemples peuvent être donnés pour illustrer la diversité des situations et des questions rencontrées.

DE NOUVEAUX OUTILS

6 Les tests diagnostiques sont devenus des outils très puissants. Nous ne pouvons qu'être fascinés par la précision avec laquelle les causes des maladies ou le moindre dysfonctionnement peuvent être identifiés. Des caméras ou les détecteurs les plus divers associés à de puissants ordinateurs visualisent chaque parcelle de notre corps, quelquefois sans même y pénétrer. Des sondes moléculaires peuvent identifier, même sur une seule cellule, la mutation responsable d'une maladie plus ou moins grave qui, dans certains cas, ne se déclarera que beaucoup plus tard. Nous pouvons désormais être caractérisés, répertoriés, fichés. Il y a de moins en moins place pour le mystère et le hasard. Que faire de toutes ces informations ? Qui doit les contrôler ?

Un test fait à titre systématique, comme une échographie pendant la grossesse, peut déceler une malformation majeure du fœtus, mais peut aussi repérer une anomalie, certes handicapante, mais peu grave et éventuellement traitable à la naissance. Est-il possible de s'opposer à toute demande de la femme ou du couple d'interrompre la grossesse ? Comment prendre la décision ?

Un même test diagnostique pratiqué dans des circonstances différentes peut avoir des conséquences très variables. La chorée de Huntington est une maladie neurologique redoutable, se manifestant vers l'âge de 40 ou 50 ans et pour laquelle il n'y a actuellement pas de traitement efficace. Elle est transmissible génétiquement, mais toutes les personnes d'une même famille ne sont pas atteintes. Il est possible de faire le diagnostic génétique identifiant de manière quasi certaine ceux qui développeront la maladie et ceux qui ne sont pas atteints. Chez l'adulte, la réalisation de ce test prédictif ne pourra être faite que si la personne concernée est consentante. Cela implique non seulement qu'elle soit informée des objectifs du test et de ses conséquences médicales, mais aussi et surtout que toutes les conséquences de cette information, pour elle-même et pour les autres personnes de sa famille, aient été envisagées avec elle.

Le même test diagnostique peut être fait pendant la grossesse pour déceler l'anomalie génique au niveau du fœtus. Est-il licite d'envisager

une interruption de grossesse pour une pathologie certes grave, mais qui ne se manifestera que quarante ans plus tard et pour laquelle on peut espérer que des solutions thérapeutiques auront été trouvées d'ici là ? Si oui, quelle sera la vie de cet enfant ? Si non, doit-on informer les couples concernés de l'existence de ce test ?

Enfin, le test peut être fait au niveau d'un embryon de trois jours obtenu par fécondation *in vitro*. Ce diagnostic préimplantatoire permettrait que seuls naissent des enfants indemnes de l'anomalie génique et ne courant pas le risque de développer la maladie. Est-il admissible de réaliser une fécondation *in vitro* dans le seul but de trier les embryons avant leur transfert dans l'utérus ? Si le diagnostic génétique préimplantatoire est accepté par principe pour prévenir le handicap le plus grave, n'y a-t-il pas un risque que la même méthode soit utilisée pour trier des embryons en cas d'anomalie mineure ou pour satisfaire des phantasmes plus ou moins eugéniques ? Peut-on éviter de tels dérapages si la décision de faire le diagnostic appartient au seul couple ou au seul médecin ?

7

Que le diagnostic soit envisagé chez un adulte, un fœtus ou un embryon de trois jours, il est clair que son contexte et que ses conséquences sont très variables. Si le test diagnostique n'a pas de sanction thérapeutique immédiate, ne peut que prédire une maladie future et peut le cas échéant conduire à l'interruption d'un processus de vie humaine, sa réalisation ne dépend pas que de la décision médicale. La personne pour laquelle le test est fait doit être consentante. Pour que le consentement ne soit pas réduit à une mesure formelle, il doit reposer sur une information qui permette au patient de disposer des éléments nécessaires à la meilleure appréciation possible de toutes les conséquences de l'acte dans les circonstances où il est envisagé. Dans ce cadre, la nature des informations données par le médecin et les conditions de leur communication auront une grande influence sur la suite des événements.

L'AVÈNEMENT DU BIOLOGIQUE

En matière de soins aussi, les changements ont été nombreux. Ce sont surtout l'apparition et le développement des thérapeutiques substitutives qui sont à l'origine de la plupart des réflexions éthiques et qui conduisent à s'interroger sur les nouvelles responsabilités ou les nouveaux pouvoirs du médecin.

Quand le traitement habituel est impossible ou inefficace, il est de plus en plus fréquent d'envisager le remplacement de l'organe, de la

cellule ou du gène déficient par un substitut qui peut avoir différentes origines. Quelquefois, la source est le patient lui-même, dont des éléments sont prélevés et conservés pour être utilisés ultérieurement, par exemple pour une autotransfusion de sang. Les cellules peuvent également être prélevées pour être traitées au laboratoire, éventuellement modifiées, puis replacées chez le même individu.

Plus souvent, le donneur est une autre personne, vivante ou décédée. Ce pourrait être aussi un animal qui, de plus, aurait été génétiquement modifié pour que ses organes ou ses cellules soient mieux tolérés par le receveur humain. Enfin, le substitut peut être un organe ou un produit artificiel.

8 En dehors de la dernière situation où les questions éthiques sont proches de celles posées par l'emploi de tout médicament, le médecin se trouve investi d'une mission nouvelle. Il devient un médiateur qui organise et contrôle la circulation d'éléments du corps entre humains ou entre d'autres espèces et l'espèce humaine. Il recrute les donneurs, prélève, conditionne, distribue des organes et des cellules de toute sorte, doit s'assurer de leur qualité, de leur innocuité. Il gère des listes d'attente. Il devient banquier de sperme, de sang, d'os, etc. Selon quels principes et quelles modalités va-t-il exercer ses nouvelles responsabilités ? A l'égard de qui est-il responsable ? Comment peut-il défendre à la fois les intérêts des donneurs et ceux des receveurs ?

Le développement des traitements substitutifs fait entrer de nouveaux acteurs dans le champ thérapeutique. La dissociation, même temporaire, du corps et des éléments qui le constituent, le fait que des éléments ou des cellules du corps puissent devenir eux-mêmes « produits » thérapeutiques, la disponibilité de ces éléments *ex vivo*, la possibilité de les traiter ou de les transformer au laboratoire modifient la nature de l'acte thérapeutique, qui n'est plus seulement clinique mais devient aussi biologique. Le biologiste se voit ainsi confier une nouvelle mission à visée thérapeutique à côté de sa mission traditionnelle, qui était de mesurer, de détecter, d'analyser, c'est-à-dire uniquement à visée diagnostique. Cette nouvelle biologie « interventionnelle » va prendre une grande ampleur au cours des prochaines années avec le développement de techniques de plus en plus performantes pour traiter les cellules ou les organes au laboratoire. Il apparaît ainsi une nouvelle catégorie de thérapeutes dont il convient de définir les conditions d'exercice. Il en résulte aussi un transfert ou un partage de responsabilités entre plusieurs praticiens qui se manifeste par une prise en charge multidisciplinaire des actes et des patients.

C'est dans le domaine de la reproduction que cette nouvelle biologie interventionnelle a les effets les plus spectaculaires. La maîtrise au laboratoire de la fécondation et du développement embryonnaire précoce a mis entre les mains des médecins la plupart des processus biologiques qui permettent la procréation d'un être humain.

L'intervention médicale prend ici une nouvelle dimension, elle ne se contente plus de remplacer un élément déficient ou de se substituer à une fonction défaillante, elle a pour but de satisfaire un projet d'enfant quelquefois impossible autrement. Cette situation particulière, que l'on ne peut assimiler à un traitement comme un autre, crée de nouvelles interrogations. Le médecin devra-t-il répondre de ses actes devant les seuls adultes qui ont ce projet ou aussi devant les enfants qu'il aura aidé à concevoir ? Si le désir d'enfant est l'objectif qu'il convient de satisfaire, jusqu'où peut-on aller dans l'utilisation des techniques biologiques disponibles pour réaliser ce projet ? Peut-on apporter une assistance médicale à la procréation qui ignorerait les règles fondamentales régissant la reproduction de tout être sexué, par exemple en ayant recours au clonage ? Le praticien peut-il utiliser ses compétences pour répondre à des demandes qui transgressent les modèles habituels de la procréation ou les normes sociales ou de la parentalité ? Peut-il permettre la naissance d'un enfant dont le géniteur est décédé au moment de l'acte médical ? Doit-il prendre en charge le désir d'enfant de femmes seules ou de femmes vivant en couple homosexuel ? Doit-on fixer des limites à la médicalisation de la procréation ?

9

UN CADRE LÉGISLATIF DIFFICILE À METTRE EN PLACE

En France, comme dans la plupart des pays occidentaux, l'évolution récente de la médecine a suscité de nombreux débats éthiques. La mise en place d'un dispositif législatif pour encadrer les nouvelles pratiques médicales s'est imposé. Un certain nombre de principes éthiques fondamentaux ont été réaffirmés avec force par le législateur, qu'il s'agisse de la primauté de la personne et de sa dignité, du respect de l'intégrité de l'être humain et de son corps, de la non-patrimonialité du corps, de ses éléments ou de ses produits, de la nécessité de recueillir le consentement des personnes préalablement à tout acte les concernant. Un des acquis les plus significatifs des lois de bioéthique est d'avoir introduit l'obligation d'agréeer les praticiens et les institutions en charge des acti-

vités les plus sensibles et les plus problématiques. Ces agréments qui s'appuient sur l'appréciation des compétences et des conditions d'exercice peuvent être remis en cause, ce qui implique une évaluation régulière des activités.

Le contrôle institutionnel des activités médicales associé à une réglementation précise peut laisser supposer que tous les problèmes sont réglés. En réalité, au-delà des principes généraux, les dispositions législatives et réglementaires, aussi précises et aussi détaillées qu'elles soient, ne sont que le reflet figé de choix faits au moment de leur élaboration. Souvent, les lois et les règlements peuvent se trouver rapidement inadaptés du fait de l'évolution des connaissances et des possibilités médicales. Comme ces dispositions sont par ailleurs incapables de répondre aux multiples questions posées par les pratiques médicales innovantes, elles risquent de se révéler inapplicables ou inappliquées. Ce risque est plus grand encore quand vient s'y ajouter un autre phénomène de rythme, celui de la mise en place des réglementations.

Ainsi, l'un des exemples les plus intéressants des difficultés rencontrées dans l'application des lois de bioéthique votées en 1994 est celui du diagnostic préimplantatoire. La France est un des rares pays au monde qui a autorisé légalement le diagnostic génétique sur l'embryon avant l'implantation. Paradoxalement, c'est un des seuls pays développés où cette technique médicale n'est pas encore appliquée dans les faits, dans une large mesure en raison des lenteurs administratives. Ainsi, près de cinq ans après le vote de la loi, les couples pour lesquels ce diagnostic est indiqué ont le choix entre concevoir un enfant avec le risque de lui transmettre une maladie héréditaire grave, ou se rendre dans un autre pays pour pouvoir bénéficier du diagnostic, ou enfin renoncer à avoir un enfant. Le retard de la mise en place de cette nouvelle technologie médicale est d'autant plus regrettable qu'il empêche de faire l'évaluation, prévue par la loi elle-même, qui devait précéder le nouveau débat parlementaire et l'éventuelle modification de la loi prévus en 1999.

Un encadrement très strict des pratiques médicales, qui cherche à éviter toute dérive en limitant le pouvoir du médecin, peut avoir d'autres inconvénients. En déresponsabilisant de plus en plus le praticien, un encadrement trop pointilleux risque de promouvoir une conception administrative de l'éthique au détriment d'une éthique de responsabilité. Responsabiliser les médecins, responsabiliser les personnes qui s'adressent à eux, c'est reconnaître un pouvoir aux uns et aux autres, le pouvoir de décider d'avoir ou non recours à un acte diagnostique ou thérapeutique, le pouvoir de choisir les modalités de sa réalisation,

le devoir d'en assumer les conséquences. De l'éthique des principes, on passe ainsi à une éthique de l'action.

LE PARTAGE DES POUVOIRS

La réflexion sur les nouvelles responsabilités du médecin et leurs limites, sur la manière de les exercer, sur leurs conséquences, n'est pas nouvelle. Quand elle concerne des aspects de la pratique médicale où les choix éthiques sont complexes et quelquefois incertains, la réflexion devient difficile. Quand les choix dépendent de valeurs qui peuvent être très différentes d'un individu à l'autre, d'une communauté culturelle à l'autre ou même d'un moment à l'autre, la réflexion doit s'affranchir des concepts traditionnels.

Le médecin n'est plus en mesure d'exercer ses nouveaux pouvoirs de manière isolée. Il doit les partager avec ses patients et, éventuellement, avec d'autres praticiens. Il doit être en mesure de rendre compte de ses choix ou de ses non-choix à ceux qui le consultent, mais aussi à la société. Il devient nécessaire d'inventer de nouvelles formes d'exercice, de relations, de décision.

Qu'il s'agisse de recourir à une méthode médicalisée de procréation, de poser l'indication d'un diagnostic prédictif ou de participer à un protocole de recherche clinique, la décision appartient autant au patient qu'au médecin. L'exercice harmonieux de ce double pouvoir exige que le patient dispose de tous les éléments nécessaires à son choix. Si l'information doit être aussi complète, objective et compréhensible que possible, elle doit aussi pouvoir être adaptée à la situation de chacun pour que la décision soit pertinente. Le médecin est bien sûr le plus apte à donner cette information, mais il n'en a pas toujours les moyens ni le temps. L'information apportée par les médias n'est pas suffisante, car elle est souvent trop générale, trop superficielle ou trop anecdotique. Les associations de patients ou d'usagers peuvent jouer un rôle très utile, mais le message a aussi besoin d'être plus personnalisé. Quels sont les objectifs du test, du traitement, de la recherche ? Quels en sont les intérêts, les inconvénients ? Quels en sont les risques ? Les conséquences à court terme ou à long terme ? Avec les nouvelles technologies médicales, une nouvelle forme de communication apparaît, qui a pour but de répondre aux questions de chacun.

Cette information pour aider à la décision commence à être structurée dans des domaines comme la génétique. Ce « conseil génétique », qui peut être assuré par des praticiens, médecins ou non, ayant toutes

les compétences psychologiques et scientifiques nécessaires, devient indispensable quand il s'agit de décider d'un acte dont les motivations et les conséquences ne sont pas que médicales. La même démarche de conseil pourrait sûrement bénéficier aussi aux patients quand il s'agit de décider d'une méthode de procréation médicalement assistée, d'un don ou d'une transplantation d'organe, de la participation à un protocole de recherche.

Cette activité de conseil, conduisant à des décisions plus respectueuses des principes généraux et mieux adaptées aux situations individuelles, pourrait ne pas se limiter à la période initiale. Le *Counselling* pourrait accompagner le patient tout au long de la réalisation de l'acte diagnostique ou thérapeutique et de son suivi.

12 Informer le patient pour partager avec lui le pouvoir de décision, c'est tendre à en faire un partenaire plus conscient et plus actif de l'acte diagnostique ou thérapeutique. Ce partage n'est ni simple ni confortable pour le médecin. Il peut par contre lever bien des incompréhensions, des ambiguïtés ou des regrets ultérieurs. Il en résultera souvent une amélioration de la qualité et de l'efficacité d'actes mieux assumés en commun.

L'intervention d'un tiers pour donner l'information ou pour accompagner entame la singularité de la relation entre le patient et son médecin. Elle s'ajoute souvent à la multiplication des intervenants, qui doivent conjuguer leur compétence pour la réalisation de l'acte. Le patient se trouve ainsi confronté à une équipe ou à un réseau de spécialistes les plus divers, dont il ne comprend pas toujours bien le rôle et les responsabilités respectives. Cette multidisciplinarité, qui est extrêmement enrichissante pour la réflexion et qui peut être un excellent moyen d'éviter toute dérive incontrôlée, ne doit pas aboutir à diluer des responsabilités qu'il convient au contraire de mieux définir. Par exemple, la réalisation d'une fécondation *in vitro* à partir de spermatozoïdes prélevés directement dans les testicules nécessite la participation directe de trois praticiens aux compétences complémentaires et qui doivent d'ailleurs être agréés de manière spécifique : le gynécologue qui prend en charge la femme et la traite pour recueillir les ovocytes, l'andrologue qui prend en charge l'homme et l'opère pour prélever les spermatozoïdes, le biologiste qui traite les gamètes au laboratoire, injecte les spermatozoïdes dans les ovocytes et traite les embryons jusqu'à leur transfert dans l'utérus. Qu'il s'agisse de l'indication de l'acte, de sa réalisation ou de ses conséquences, aucun de ces trois spécialistes ne peut décider ou agir autrement qu'en concertation avec les deux autres. Leur travail d'équipe ne peut être envisagé que si leurs références éthiques et méthodologiques

sont communes. Ce nouveau pouvoir multidisciplinaire oblige à rechercher une nouvelle cohérence entre praticiens. La recherche de cette cohérence est rarement spontanée, elle est néanmoins nécessaire, sinon les patients ne peuvent qu'être désorientés, voire déstabilisés.

Cette forme d'exercice plus collectif de la médecine impose une organisation dont la nature et les contours ne sont pas toujours bien définis. Il est vraisemblable que les progrès et les clarifications nécessaires proviendront plus d'une démarche pragmatique réfléchie et librement consentie des professionnels que d'une réglementation incomprise. Pour qu'elle ait un sens, cette approche doit s'appuyer sur la transparence et l'évaluation de l'activité des praticiens. Évaluation qui ne devrait pas se contenter de comptabiliser des actes ou de vérifier la bonne application des règlements, mais qui pourrait aussi analyser les nouvelles modalités de l'exercice médical, leurs conséquences et leurs perceptions sociales afin d'en systématiser les aspects les plus positifs pour les transférer à l'ensemble des professionnels concernés.

13

Face aux situations morales, médicales et sociales nouvelles induites par le développement des connaissances, il est possible d'imaginer de nouvelles formes d'organisation et de suivi des technologies médicales innovantes. Il s'agit de répondre aux exigences de sécurité et d'efficacité, mais aussi de traiter les multiples questions posées dans le respect des principes éthiques fondamentaux, des choix que la société a formulés dans ses lois, des intérêts et des convictions de chacun.

Confronté à des scandales ou des crises aiguës montrant l'inadaptation des systèmes traditionnels de soin, l'État a créé des organismes spécialisés pour répondre à ces missions dans certains domaines : médicaments, greffes d'organe, transfusion sanguine. Ces établissements ou ces agences jouent un rôle régulateur déterminant pour évaluer les compétences, les conditions d'exercice et les résultats des praticiens et des institutions de soins et pour élaborer des guides de bonnes pratiques médicales. Ils pourraient aussi être des structures favorisant l'information et la réflexion. Véritables interfaces entre les pouvoirs publics, les professionnels et les personnes concernées par les nouvelles pratiques médicales, ils pourraient être des interlocuteurs pour chacun d'eux, encourager le dialogue et contribuer à édifier progressivement les nouveaux équilibres entre les différents pouvoirs. Les expériences qui sont en cours en France, comme dans d'autres pays, montrent que ce n'est pas impossible. Il serait peut-être judicieux de les créer pour l'ensemble des pratiques médicales les plus sensibles ou les plus incertaines.

R É S U M É

Depuis une trentaine d'années, la médecine a sans doute plus évolué qu'au cours des siècles précédents. L'évolution des valeurs, comme celle des connaissances, est inéluctable, mais, le rythme de ces changements étant différent, il peut avoir un effet déstabilisant. Il s'agit de trouver de nouveaux équilibres entre les pouvoirs ou les responsabilités des acteurs concernés dans le respect de principes éthiques fondamentaux, mais aussi des droits de chacun. De nouvelles formes d'organisation de la pratique médicale sont à inventer pour développer cette éthique de l'action.

LES DROITS DES MALADES

LES DROITS DU MALADE n'ont été affirmés que récemment dans notre Code de la santé. C'est dans la loi hospitalière du 31 juillet 1991 qu'on voit cette formule apparaître pour la première fois de manière explicite. Cela ne veut pas dire que des droits ne sont pas affirmés dans d'autres textes, mais il est vrai qu'à la différence de nombreux pays étrangers, où existent des lois affirmant de manière spécifique les droits (et, pour certains, les devoirs) des personnes malades, nous disposons en France de textes de nature et d'importance très diverses. Du préambule de la Constitution, affirmant que « la nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, au vieux travailleur, la protection de la santé », à la Charte du patient hospitalisé, des lois bioéthiques qui ont concrétisé le principe de respect de la dignité humaine au Code de déontologie médicale qui, précisant les obligations des médecins, définit, en creux, des droits auxquels peuvent prétendre les malades, les références sont éclatées et ne donnent pas la juste mesure de la réalité de ces droits. C'est d'ailleurs la jurisprudence qui, dans de nombreux cas, notamment au cours de ces dernières années, a permis d'en préciser les conditions d'exercice, voire de faire avancer la prise de conscience en la matière.

15

A la difficulté de les identifier dans les textes s'ajoute la réticence longtemps exprimée par le corps médical lui-même pour que ces droits soient reconnus au malade. Et, si aujourd'hui certains discours changent progressivement, on mesure encore trop souvent dans la pratique quotidienne combien l'affirmation de droits pour le malade est perçue comme dérangement, voire menaçante pour le médecin.

L'attitude paternaliste à l'égard du malade n'a sans doute pas encore complètement disparu. Il faut rappeler qu'elle a même été théorisée et presque portée institutionnellement par le corps médical. Il faut relire

la communication du premier président du Conseil national de l'Ordre des médecins, le Dr Louis Portes, à l'Académie des sciences morales et politiques le 30 juin 1950. Il y analyse le comportement du patient qui se présente à un médecin : « [...] je dirai qu'il n'est qu'un jouet, à peu près complètement aveugle, très douloureux et essentiellement passif ; qu'il n'a qu'une connaissance objective très imparfaite de lui-même ; que son affectivité est dominée par l'émotivité ou par la douleur et que sa volonté ne repose sur rien de solide, si ce n'est parfois quand elle aboutit au choix de tel médecin plutôt que de tel autre¹. » Un peu plus loin, à propos de l'information à donner au malade, il poursuit : « Beaucoup d'actes sont exercés sur des adultes qui n'ont ni goût ni don pour être véritablement instruits de leur maladie². » A quoi bon alors les informer sur leur état de santé ou sur les actes nécessaires à leur traitement ? A quoi bon leur demander leur avis ? Et lorsqu'il s'agit d'évoquer les droits sociaux que donne au malade la sécurité sociale de création récente, le médecin se sent presque agressé dans la mesure où « le patient arrive armé, je dis bien armé d'une feuille blanche, verte ou rose où sont inscrits ses droits ».

16

Les droits des malades sont indissociables, même s'ils s'expriment en fait à deux niveaux : les droits qui sont attachés à la personne et les droits que donne le système de santé.

LES DROITS DES MALADES ATTACHÉS À LA PERSONNE HUMAINE

Le malade, même en état de faiblesse, ne dispose pas moins de droits qui garantissent le respect de sa dignité : pouvoir donner son accord pour les soins qu'il reçoit ; être, par conséquent, informé de son état de santé et des interventions nécessaires à sa guérison ; enfin, être traité dans le respect de cette dignité.

Donner son consentement

Dans l'acte médical, deux principes éthiques peuvent s'opposer : le principe de bienfaisance, qui consiste pour le médecin à s'efforcer de faire le bien, et le principe du respect de l'autonomie de la personne à l'égard du médecin. Au nom de la recherche de l'intérêt du malade,

1. Louis Portes, *A la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson, PUF, 1954, p. 159.

2. *Ibid.*, p. 169.

peut-on aller contre sa résolution, voire ne pas lui donner la possibilité de participer à la décision le concernant ?

Donner son accord avant qu'il ne soit procédé à des examens diagnostiques ou que soit mise en œuvre une action thérapeutique, tel est le principe premier du droit de la personne qui s'adresse à un médecin. C'est même sur le respect du consentement qu'a été pour la première fois, dans la jurisprudence, reconnue la notion de droit du malade³.

La demande de soins ne peut être considérée comme donnant *a priori* aval au praticien pour faire ce que bon lui semble. On a longtemps considéré que le consentement se réduisait au libre choix du médecin par le malade ; le fait de choisir tel médecin signifiait qu'on lui faisait en quelque sorte totalement confiance et qu'on lui déléguaient la responsabilité de traiter comme il fallait⁴. Dans son rapport sur le consentement, le Comité consultatif national d'éthique rappelle qu'« il y a cinquante ans les médecins n'hésitaient pas à imposer aux malades, parfois sans explication, ce qu'ils jugeaient bon pour eux, et cette attitude était socialement acceptée⁵ ». N'affirme-t-on pas par ailleurs que le médecin doit jouir d'une liberté de prescription ? Certes, mais cela ne signifie pas aller contre la volonté de la personne malade. Celle-ci a toujours le droit d'accepter ou de refuser les examens et la thérapeutique qui ne peuvent lui être que proposés et non imposés.

17

Une jurisprudence constante de la Cour de cassation rappelle que le consentement du malade doit être « libre, éclairé et exprès ». L'article 36 du Code de déontologie médicale est sans équivoque : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. »

Le consentement aux soins a son corollaire, qui est le refus de soins. Le Code de déontologie poursuit : « Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences⁶. »

On peut sans doute s'interroger sur le caractère déséquilibré de ce contrat entre quelqu'un (le médecin) qui sait ce que l'autre (le malade) ne sait pas sur lui-même. Ainsi, quelle est la liberté d'un consentement

3. Arrêt Teyssier, rendu le 28 janvier 1942, par la chambre des requêtes de la Cour de cassation.

4. Bernard Hoerni et Robert Saury, *Le Consentement*, Paris, Masson, 1998, p. 12.

5. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, *Rapport et Recommandations*, n° 58, « Consentement éclairé et information des personnes qui se présentent à des actes de soins ou de recherche », 12 juin 1998.

6. Code de déontologie médicale, article 36, alinéa 2.

pour une personne qui peut avoir le sentiment d'être complètement prisonnière de son état de maladie et dont la souffrance est telle qu'elle s'en remet au médecin avec le seul souhait de s'en voir rapidement allégée ? Comment procéder lorsque le malade est hors d'état de manifester son consentement ? Le CCNE, dans ses recommandations, a justement traité les cas où le consentement fait difficulté et a préconisé, comme dans certains pays anglo-saxons, « que soit mise à l'étude la possibilité pour toute personne de désigner pour elle-même un représentant (ou mandataire ou répondant) chargé d'être l'interlocuteur des médecins aux moments où elle est hors d'état d'exprimer elle-même ses choix ». En tout état de cause, « si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité ».

18

Le principe du consentement est rappelé dans des textes internationaux qui appliquent au domaine médical la doctrine des droits de l'homme : ainsi, la Convention européenne sur les droits de l'homme et la biomédecine du Conseil de l'Europe⁷ dans son article 5 et la Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme élaborée par l'UNESCO concernant les recherches, traitements et diagnostics portant sur le génome d'un individu⁸.

Ce principe se fonde sur le principe d'intangibilité du corps humain. La loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain a consacré explicitement cette exigence du consentement du malade à l'acte médical en insérant dans le Code civil un article 16-3 qui dispose : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. »

De manière plus spécifique, l'obligation de recherche du consentement a été précisée dans des textes de loi traitant de situations particulières⁹. C'est ainsi que, concernant les recherches pratiquées sur l'être humain, si le Code de la santé avait déjà introduit des articles relatifs à la qualité des essais à réaliser, aucun texte législatif ne faisait allusion au consentement du patient jusqu'à ce que fût adoptée la loi Huriet du 20 décembre 1988. Cette loi a justement explicité les conditions du

7. Signée à Oviedo le 4 avril 1997.

8. Approuvée par consensus par l'Assemblée générale des Nations unies le 9 décembre 1998, date du cinquantième anniversaire de la Déclaration universelle des droits de l'homme.

9. Depuis un arrêt de principe de la Cour de cassation du 29 mai 1951.

consentement qui, par extension, pourraient s'appliquer à d'autres actes. Il est libre, c'est-à-dire qu'une personne a toujours le droit de refuser de participer à une recherche ; il est éclairé, en l'occurrence l'objectif de la recherche et la méthodologie doivent être présentés au patient ; il est exprès, c'est-à-dire spécifique à une recherche donnée ; il est, enfin, vérifiable, il est ainsi donné par écrit ou, en cas d'impossibilité, attesté par un témoin totalement indépendant du médecin et des organisateurs de la recherche. Cette loi a par ailleurs confié à des comités consultatifs de protection des personnes qui se prêtent à la recherche biomédicale (CCPPRB) le soin de vérifier au préalable les projets de recherche. Le fait que ces CCPPRB soient constitués de citoyens qui n'appartiennent pas tous aux professions médicales a par ailleurs ouvert la possibilité de contrôle de ce type d'activité médicale.

Dans le cas des dons d'organes et de tissus d'origine humaine, le principe du consentement est affirmé dans le Code civil et le Code de la santé publique et le consentement *post mortem* est réputé présumé « dès lors que la personne concernée n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement ». Ce refus peut être exprimé par l'indication de sa volonté sur un registre national automatisé prévu à cet effet. Il est révoquant à tout moment. C'est dans le cas du dépistage, et particulièrement concernant le VIH, que les manquements à la règle du consentement ont souvent été le plus révélateurs du malaise à l'égard de ce principe éthique. Le dépistage à l'insu, sans dialogue entre le médecin et son patient, est non seulement contraire aux principes fondamentaux mais inefficace en termes de santé publique.

C'est bien en effet pour des raisons de respect des principes fondamentaux du droit de la personne humaine que le droit au consentement s'impose dans toute relation de soins, mais aussi parce qu'une personne qui adhère ainsi à la démarche thérapeutique aura sans doute plus de possibilité d'être acteur de son traitement.

Être informé

L'information du patient constitue un élément fondamental servant à éclairer son consentement. C'est aussi la condition première du respect de la dignité du malade : considérer l'autre comme une personne qui a le droit de savoir ce qui la concerne au plus profond d'elle-même. Les manquements au droit à l'information sont sans doute ceux qui sont le plus mal vécus par les malades et par leurs proches : le fait de ne pas avoir reçu l'information souhaitée sur son état de santé, le fait de ne pas avoir été prévenu des conséquences éventuelles d'un traitement, le fait

de ne pas avoir su ensuite ce qui s'était passé en cas d'accident dans le traitement expliquent de nombreux contentieux que des malades engagent, ne serait-ce que « pour savoir ». Alors que les techniques de communication se sont considérablement développées, permettant un accès plus direct et facile à la connaissance, la relation médecin-malade n'a pas, sur ce plan-là, suivi les mêmes évolutions.

C'est une obligation pour le médecin d'informer le malade parce que c'est une obligation de recueillir son consentement. L'article 35 du Code de déontologie médicale en a fixé les principes : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. » Il ne s'agit pas toutefois d'une simple formalité réalisée une fois pour toutes, mais d'une obligation continue qui doit être adaptée tout au long de la maladie et qui doit prendre en compte la personnalité du malade et sa capacité de compréhension.

Il appartient au médecin d'apprécier en conscience quel est l'intérêt du malade, mais il est bien évident qu'il s'agit là d'une appréciation toute subjective. Le Code de déontologie ne s'en tient sur ce sujet qu'à des considérations générales : « Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. » La jurisprudence considère qu'il y a faute contre l'humanisme lorsqu'une information est délivrée sans préparation.

La jurisprudence de la Cour de cassation a, ces deux dernières années, précisé les conditions d'exercice du devoir d'information des médecins. Elle mérite d'être relevée, concernant notamment la preuve de l'information, le fait qu'il appartient à chaque praticien de veiller à l'information du malade, mais aussi à propos du contenu de l'information.

On a longtemps considéré qu'il appartenait au patient de faire la preuve qu'il n'avait pas été informé. Il devait donc apporter une preuve négative, particulièrement difficile à établir puisque l'information était orale et confidentielle dans la mesure où elle était donnée dans le huis clos d'un cabinet médical. Un arrêt de la Première chambre civile de la Cour de cassation en date du 25 février 1997 a procédé à un revirement de jurisprudence. Cet arrêt est venu rappeler l'obligation d'informer, mais il a précisé qu'il appartenait au médecin de prouver qu'il l'avait fait : « [...] celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit apporter la preuve de l'exécution de cette obligation. [...] Le médecin est tenu d'une obligation particulière

d'information vis-à-vis de son patient et [il] lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation. » Cette obligation a soulevé une grande émotion parmi le corps médical, or elle concerne tous les professionnels débiteurs d'un devoir de conseil et ne s'applique pas seulement aux médecins. Un arrêt du 14 octobre 1997 a confirmé que, dans le cas où plusieurs médecins interviennent, la responsabilité de l'information incombe à chaque praticien : « Ce devoir d'information pèse aussi bien sur le médecin prescripteur que sur celui qui réalise la prescription ¹⁰. »

Le contenu de l'information n'a pas la même incidence sur la décision du patient selon la situation de celui-ci. Un risque mortel, même si la probabilité est faible, sera peut-être plus difficile à prendre pour un jeune père que pour une personne plus âgée. Aussi, si jusqu'à présent la jurisprudence dispensait le médecin de signaler à son patient des risques exceptionnels, la Cour de cassation a récemment considéré qu'« hormis les cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves afférents aux investigations et soins proposés et il n'est pas dispensé de cette obligation par le seul fait que ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ¹¹ ».

21

L'information médicale est protégée par le secret professionnel. C'est une obligation morale que de taire la connaissance que l'on a pu avoir de l'intimité d'une autre personne, mais, quand cette information a été obtenue dans un cadre professionnel, ne point la révéler devient une obligation légale. Du secret médical, élément du serment d'Hippocrate puis obligation formulée dans le Code de déontologie médicale, le secret professionnel est aujourd'hui protégé par le Code pénal, qui prévoit des sanctions à l'encontre « des dépositaires par état ou par fonctions temporaires ou permanentes des secrets qu'on leur confie » qui auraient révélé lesdits secrets « hors le cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret ».

Le secret professionnel a pour finalité de protéger l'intimité de la personne et, dans le cas du secret médical, la personne malade. Le secret médical n'a pas pour but de protéger le médecin. Il n'est pas opposable au malade, qui est en droit de savoir ce que son corps lui cache et que le médecin peut avoir découvert. Du fait que la violation du secret était punissable, certains en ont déduit l'obligation de se taire, y compris par-

10. Cour de cassation, 1^{re} civ., 14 octobre 1997, arrêt 278.

11. Cour de cassation, 1^{re} civ., 7 octobre 1998, arrêt 1567.

fois lorsque la protection de la personne était en jeu. Il existe en effet des dérogations au secret médical, notamment lorsque le médecin a constaté des mauvais traitements infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne incapable de se protéger, ou encore dans le cas de sévices permettant de présumer des violences sexuelles. Par contre, le secret s'impose dans le cas de la médecine du travail, où le médecin est autorisé à donner un avis, par exemple pour l'affectation d'un salarié à un poste de travail, mais ne peut révéler les motivations médicales de cet avis. Il en est de même en ce qui concerne la protection des informations médicales à l'égard des compagnies d'assurances.

22 L'évolution des techniques diagnostiques va progressivement poser des questions nouvelles en matière de protection du secret. Si ces techniques vont permettre de développer des interventions de médecine prédictive, elles vont aussi révéler des informations sur toute une lignée familiale et poseront implicitement et de manière complexe le conflit entre la loi et les impératifs thérapeutiques.

Mais ce sont les modalités d'exercice du droit d'accès à son dossier médical qui, dans le droit à l'information, posent aujourd'hui le plus de difficultés à de nombreux patients. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 a fait obligation aux établissements de santé publics et privés de « communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur dossier médical ». Pour autant, la Commission d'accès aux documents administratifs est très sollicitée sur des difficultés d'accès aux dossiers médicaux.

L'information du malade est peut-être l'acte le plus difficile pour le médecin. Ce droit ne se règle pas seulement dans le cadre de notions juridiques, il requiert aussi des qualités humaines dont nous pouvons regretter qu'elles ne soient pas suffisamment enseignées aux médecins.

Être traité dans le respect de la dignité

Saisi par le président de l'Assemblée nationale à propos des lois bioéthiques de juillet 1994, le Conseil constitutionnel a considéré que « la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation est un principe à valeur constitutionnelle¹² ». Il s'agissait là d'affirmer que l'homme devait être reconnu

12. Décision 94-343/344 DC du 27 juillet 1994.

en tant que sujet et ne saurait être traité comme un objet par la médecine et la science. Ce principe ne s'applique pas uniquement aux questions relatives à la recherche ou aux techniques nouvelles que pourrait permettre le développement de la génétique. Le droit pour le malade d'être traité avec dignité recouvre aussi de nombreuses situations plus courantes. L'impératif de dignité recouvre des obligations aussi bien pour les établissements de santé que pour les professionnels.

L'accueil et le séjour dans les établissements de santé, que ce soit aux urgences, dans les services de consultations externes ou les services de soins, ont fait l'objet de recommandations diverses de la part des pouvoirs publics depuis de très nombreuses années, le dernier texte publié en la matière étant la Charte du patient hospitalisé¹³. Le premier contact avec l'hôpital ainsi que l'environnement du traitement médical ont leur importance dans la relation de soins, l'évaluation de la qualité de cette prise en charge constituant l'un des critères d'accréditation des établissements.

23

Le respect de la dignité de la personne malade passe notamment par le traitement de sa douleur. Cette prise en charge a longtemps fait l'objet d'un véritable tabou. Si aujourd'hui le discours public a permis d'aborder cette question, il reste encore beaucoup de travail à faire, ne serait-ce que pour former les médecins aux traitements, ceux-ci n'étant enseignés en faculté de médecine que depuis 1995. La douleur a longtemps été considérée par certains comme porteuse d'une valeur rédemptrice ; en tout cas, elle était la contrepartie normale de l'affection du corps. La nouvelle écriture du Code de déontologie médicale traduit l'évolution de ces dernières années. La version de 1979 évoquait l'apaisement des douleurs, le texte de 1995 demande au médecin de s'efforcer de soulager les souffrances de son malade en toute circonstance.

Le traitement de la douleur est inséparable de la question de la fin de la vie. C'est souvent parce que la douleur n'est pas traitée que s'exprime la demande de mourir dans la dignité. Ce droit pour le malade est légitime et appelle des réponses en termes de traitement de cette douleur et d'accompagnement vers la fin de la vie, c'est notamment la démarche de soins palliatifs. Répondre à cette demande en autorisant légalement le médecin à donner la mort, même à la demande du malade, ne saurait dédouaner celui-là de sa responsabilité, qui, en tout état de cause, nécessite écoute et réponse adaptée, ce que jamais la loi ne lui évitera de faire.

13. Circulaire 95-22 du 6 mai 1995. L'article L 710-1-1 du Code de la santé publique fait obligation de diffuser la Charte du patient hospitalisé dans tous les établissements de santé publics et privés.

Les droits des malades attachés au droit de la personne humaine sont sans doute des droits qui, exprimés théoriquement, semblent aller de soi. Le fait qu'ils s'appliquent à des personnes vulnérables, affaiblies par la maladie, oblige pourtant à une vigilance particulière dans leur application pour que la personne malade conserve toute sa dignité.

LES DROITS DES MALADES ATTACHÉS AU SYSTÈME DE SANTÉ

24 Les droits des malades ne sauraient se réduire à ceux qui concernent la relation personnelle qui s'établit entre le malade et le médecin. On a longtemps considéré – et encore aujourd'hui dans certains discours médicaux – que ce colloque singulier suffisait à offrir les meilleures garanties au malade. Il est au moins deux droits fondamentaux pour lesquels toute personne malade demande aujourd'hui à la société de la protéger : l'accès aux soins et l'assurance de la qualité du système de soins.

Accéder aux soins

Accéder aux soins que son état nécessite, et ceci quels que soient ses revenus, est l'un des droits fondamentaux de toute personne malade. C'est afin de garantir cet accès aux soins qu'a été mis en place un système de sécurité sociale. La Déclaration universelle des droits de l'homme, dans son article 25, a considéré qu'il s'agissait d'un principe que devait garantir la société affirmant que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment [...] pour les soins médicaux » ; l'article 22 de la même charte ayant introduit le droit à la sécurité sociale.

On mesure bien aujourd'hui qu'il ne suffit plus d'affirmer l'existence de ce droit pour garantir l'accès aux soins. Les études réalisées par le CREDES montrent qu'un Français sur quatre ne se soigne pas faute d'argent¹⁴. Et pourtant, contrairement à une idée parfois répandue, de l'argent il y en a, puisque la France consacre à la santé plus de 1 point de PIB de plus que la moyenne européenne et que les dépenses de santé ont progressé dans notre pays au cours de ces vingt dernières années beaucoup plus rapidement que dans les autres pays comparables. Malgré cela, la participation directe des ménages dans le financement des

14. Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, « Santé, soins et protection sociale en 1996 », n° 1204.

dépenses de santé est parmi les plus élevées d'Europe. C'est donc moins une question de masse financière globale qui garantit l'accès aux soins qu'une maîtrise des dépenses permettant de garantir à chacun d'être pris en charge en fonction de ses besoins.

La maîtrise de l'évolution des dépenses de santé est donc l'une des conditions de la garantie du droit des malades de pouvoir accéder aux soins, à condition que cette maîtrise ne porte pas sur le niveau de prise en charge des dépenses de soins, comme cela a trop souvent été le cas depuis la moitié des années 1970. En effet, lorsque les dépenses d'assurance maladie dérapaient, deux types de mesure étaient généralement utilisés : soit on augmentait les cotisations sociales afin de fournir de nouvelles recettes, soit on augmentait le ticket modérateur, ce qui n'a jamais fait la preuve d'un effet modérateur sur les dépenses, sauf pour les personnes placées aux franges supérieures de la pauvreté qui n'ont pas de couverture complémentaire et qui ne sont pas assez démunies pour bénéficier de l'aide médicale.

25

Dans son rapport sur « Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs », le Comité consultatif national d'éthique¹⁵ cite les travaux de Kenneth Arrow pour rappeler qu'en matière de santé la demande « n'émane pas directement des consommateurs (les patients) ; elle est formulée par le personnel soignant, qui lui-même prend ses décisions en tenant compte d'autres éléments que les besoins des patients [...] ». Puissent ces rappels, formulés par une instance dont personne ne conteste le rôle dans le débat éthique, relativiser les propos tenus par certaines organisations syndicales de médecins concernant le rationnement des soins. Quelques pages plus loin, le même document ajoute d'ailleurs au sujet du rationnement : « Précisons tout de suite qu'en France, où nous traitons du problème, cette crainte ne s'est guère concrétisée. Un pays qui consacre près de 10 % du PIB à la santé et où il ne s'agit que d'infléchir un rythme d'évolution n'en est pas à cette extrémité. Mais le débat peut justement s'engager parce qu'une marge de manœuvre existe et qu'une panoplie de tentatives faites à l'étranger fournissent des éléments de réflexion¹⁶. »

Beaucoup plus qu'un risque de rationnement des soins, la non-maîtrise de l'évolution des dépenses de santé conduit à exclure progressivement des personnes du droit à l'accès aux soins.

15. Rapport 57, 20 mars 1998.

16. Jean-Pierre Dumont, *Les Systèmes de protection sociale en Europe*, Paris, Économica, 1995, p. 20.

Quand on observe les mécanismes de maîtrise des dépenses dans les systèmes étrangers, on constate que, concernant la médecine de ville, la très grande majorité des autres pays européens a limité le libre choix du médecin et instauré des mécanismes de rémunération par capitation. Débat impossible aujourd'hui en France tant y est fort le refus de mettre en place des mécanismes de régulation concernant ce secteur.

26 Ce refus n'est pas nouveau. C'est d'ailleurs ce qui lui donne de la force. L'opposition entre les principes qui fondent la sécurité sociale et la pratique de médecine libérale existe depuis le début de l'histoire des assurances sociales. C'est en effet au moment où se débattait la loi de 1928 qui devait être la première loi sur les assurances sociales qu'était adoptée la Charte médicale¹⁷ affirmant les principes de la médecine libérale : le libre choix par le malade, la liberté de prescription du médecin, l'entente directe entre malade et médecin en matière d'honoraires et le paiement direct des honoraires par le malade au médecin. Ces principes sont encore brandis aujourd'hui, après avoir été introduits dans notre Code de la sécurité sociale au moment où, en 1971, était instauré le système de convention médicale nationale qui régit encore les relations entre les médecins et la Sécurité sociale. « Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin [...]»¹⁸. » Que le secret professionnel soit un principe déontologique fondamental, nul ne saurait le contester, mais en quoi le paiement direct des honoraires par le malade peut-il relever de la même qualification et surtout être le garant de la défense de l'intérêt des assurés sociaux ? Quant à la liberté de choix du médecin par le patient et la liberté de prescription, si ces principes sont inscrits dans le Code de déontologie médicale, leur application mérite discussion. Quelle est la réalité de la liberté de choix pour un malade lorsque, dans certaines spécialités médicales, on ne trouve dans une ville que des médecins exerçant à honoraires libres ? Quelle est l'effectivité de la liberté de prescription d'un médecin si le malade ne peut pas acheter les médicaments prescrits ou faire les examens complémentaires ?

17. Votée le 30 novembre 1927 par le Congrès des syndicats médicaux de France.

18. Code de la sécurité sociale, article L 162-2.

L'accès aux soins doit également être garanti par des mécanismes d'organisation sanitaire. Toutes les études montrent une très grande hétérogénéité de l'offre de soins d'une région à une autre, voire au sein d'une même région, d'un département à un autre ou au sein d'une même agglomération. Les procédures de schéma régional d'organisation sanitaire introduites dans la loi hospitalière de 1991 ont pour objectif de permettre une répartition mieux équilibrée de cette offre de soins.

Pour autant la proximité ne saurait être le seul critère à prendre en considération en la matière et la qualité de l'offre de soins est aussi au cœur de ces préoccupations.

Être assuré de la qualité des soins

Bénéficiaire de soins de qualité paraît un droit évident. Pourtant, la mise en œuvre de « démarches qualité » est relativement récente dans le domaine de la santé. Il subsiste encore de fortes résistances chez certains prestataires de services de soins.

27

On a longtemps considéré que le principe de bienfaisance suffisait à garantir la qualité des soins. Certes, le principe *Primum non nocere* faisait obligation au médecin de ne pas nuire ; pour autant la prise de conscience n'a pas toujours été à la hauteur des enjeux. Des techniques médicales se sont développées sans que l'organisation médicale qui en découle n'ait été mise en place. L'exemple des greffes d'organe est significatif : longtemps gérées dans le cadre d'une association, « France-Transplant », il a fallu le drame du sang contaminé et l'accent porté sur l'enjeu de la sécurité sanitaire pour que soit créé l'Établissement français des greffes, établissement public inscrivant son intervention dans le cadre d'un dispositif législatif offrant une meilleure sûreté. La loi récente créant une Agence de sécurité sanitaire regroupant l'ensemble des procédures permettra d'accroître les garanties¹⁹.

La sécurité des produits a obligé très tôt à ce que soient mises en place des procédures, notamment, pour les médicaments, les autorisations de mise sur le marché. Il n'en a pas été de même des pratiques médicales pour lesquelles, aujourd'hui encore, aucune garantie n'est donnée au malade que son médecin maîtrise telle ou telle technique ou traitement. La formation médicale continue est obligatoire depuis l'ordonnance du 24 avril 1996, mais le médecin n'est pas obligé de justifier qu'il s'est formé.

19. Loi 98-535 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

Le malade a comme seule garantie l'utilisation du titre de docteur en médecine. Dans un article pourtant relativement récent, le Dr Claude Béraud, qui fut médecin conseil de la CNAM, écrit : « Aujourd'hui, parler de la qualité des soins à des professionnels de la santé évoque pour eux la croissance des coûts, le caractère inapproprié de leurs prescriptions, leur inefficience, la mise en place de contrôle, de surveillance, de sanctions²⁰. » Il n'est pour mesurer ces réticences que de se rappeler les difficultés rencontrées dans la mise en place d'un outil d'évaluation médicale au cours des années 1980, avant que ne soit créée, en 1990, l'Agence nationale d'évaluation médicale (ANDEM), devenue en 1997 l'Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé (ANAES)²¹.

28 Les procédures d'accréditation des établissements de santé vont se développer au cours de l'année 1999. Elles vont ainsi déterminer des objectifs à atteindre pour les personnels de ces établissements, mais aussi donner à la population des éléments d'appréciation sur la qualité des établissements, à condition que les informations issues de ces procédures lui soient restituées de manière claire et facilement accessible ; sinon, la réelle inégalité d'aujourd'hui face à l'information sur la qualité des services de soins ne fera que se perpétuer. En effet, on sait très bien actuellement, lorsqu'on navigue dans les réseaux concernés, dans quel service il ne faut pas être opéré, et la démocratie sanitaire gagnerait à ce que ces informations ne restent pas confidentielles.

Si la qualité doit être garantie partout, elle ne pourra toutefois éviter des accidents dont l'origine n'est pas nécessairement fautive. Le récent accident anesthésique dont a été victime le ministre de l'Intérieur Jean-Pierre Chevènement s'est heureusement bien terminé pour lui, mais il est caractéristique de ce qu'on appelle l'aléa thérapeutique. La question de l'indemnisation des accidents sanitaires est à l'ordre du jour. Sans aller jusqu'à l'obligation de résultat, naturellement inenvisageable, même si elle émerge dans les demandes de certains patients, la société accepte de moins en moins qu'une personne qui est entrée dans le système de santé pour s'y faire soigner en ressorte dans une situation aggravée pour des raisons indépendantes de l'évolution naturelle de sa

20. Claude Béraud, « Le développement continu de la qualité des soins », *Courrier de l'évaluation de la santé*, n° 4, 1995.

21. François Steudler, « Aspects sociologiques de l'évaluation en matière de santé », in *L'Évaluation médicale, Du concept à la pratique*, sous la dir. d'Yves Matillon et Pierre Durieux, Paris, Flammarion, 1994, p. 81.

maladie. Un récent débat au Parlement a montré que, si la représentation nationale acceptait que, pour n'importe quel produit, la responsabilité du producteur ne pouvait être mise en cause lorsque ce produit était défectueux pendant sa période de développement, il n'en était pas de même pour les produits de santé²². En effet, après hésitation, il n'a été retenu pour la mise en cause de la responsabilité due au risque développement que les produits d'origine humaine, l'exclusion des autres produits de santé n'ayant été acceptée que sous réserve qu'« un rapport sur le droit de la responsabilité et de l'indemnisation applicable à l'aléa thérapeutique [soit] déposé par le gouvernement sur les bureaux des deux assemblées avant le 31 décembre 1998²³ ».

Des mécanismes d'indemnisation spécifiques ont été mis en œuvre dans le cas de la contamination par le virus du VIH ou pour les personnes atteintes de la maladie de Creutzfeldt-Jakob²⁴, mais cette question est aujourd'hui essentiellement traitée dans le cadre du droit de la responsabilité. Il en résulte des différences de traitement selon l'origine de l'accident et une complexité des procédures – notamment d'expertise –, compte tenu de la nécessité de bien identifier cette origine.

Pour simplifier, rappelons qu'un accident qui est intervenu dans un établissement privé engage la responsabilité contractuelle de l'établissement : il s'agit donc d'une procédure civile, le délai de prescription est de trente ans et, pour obtenir une indemnisation, il faut qu'une faute ait été prouvée²⁵. Un accident survenu dans un établissement public fera l'objet d'un contentieux administratif, le délai de prescription est de quatre ans et, sous certaines conditions, la responsabilité sans faute est reconnue. De nombreuses propositions de loi ont depuis près de vingt ans été déposées aussi bien à l'Assemblée nationale qu'au Sénat, proposant de simplifier pour les victimes les conditions d'indemnisation. La réflexion est de nouveau ouverte. Le fait que l'indemnisation des victimes de l'hépatite C représente un coût considérable ne devrait pas empêcher d'améliorer les conditions de traitement des victimes d'accidents médicaux comme l'ont été, en 1985, celles d'accidents de la route.

22. Loi 98-389 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux.

23. *Ibid.*, article 14.

24. Les personnes qui ont contracté la maladie de Creutzfeldt-Jakob après avoir été traitées avec une hormone de croissance sont indemnisées par l'État depuis 1994.

25. Article 47 de la loi 91-1406 du 31 décembre 1991.

CONCLUSION

Alors qu'elle sortait d'une hospitalisation récente pour une intervention chirurgicale, une juriste éminente, spécialiste de droit médical, me racontait qu'elle avait constaté combien les actes administratifs ou médicaux étaient empreints de manquements aux droits les plus élémentaires. Elle s'était sentie, dans un contexte hospitalier étranger, affaiblie par la maladie, dans l'incapacité de revendiquer le respect de ses droits, elle qui pourtant, mieux que quiconque, les connaissait parfaitement. Il ne va pas de soi que les malades puissent faire vivre leurs droits, et pourtant, à juste raison, ils les revendiquent de plus en plus. L'entrée récente des représentants d'usagers dans les conseils d'administration des hôpitaux publics et la mise en place de commissions de conciliation dans l'ensemble des établissements publics et privés vont améliorer les conditions de respect de ces droits²⁶. Ils vont aussi créer une nouvelle forme d'expression de la citoyenneté susceptible de modifier les rapports entre les professionnels et les malades. Même s'il s'agit d'une démarche dérangeante, chacun aura à y gagner.

26. Décret 98-1001 du 2 novembre 1998 (JO du 7 novembre).

R É S U M É

La reconnaissance des droits des malades se heurte à deux obstacles au moins : le fait que ces droits soient éclatés entre des textes de nature diverse et qu'ils remettent en cause un paternalisme médical qui n'a pas encore complètement disparu aujourd'hui. Ces droits sont pourtant ceux dont dispose toute personne humaine et qui contribuent à garantir sa dignité : pouvoir donner son accord aux soins, être informée sur son état de santé et traitée dans le respect de cette dignité. A ces droits individuels sont venues s'ajouter des garanties que le malade est en droit d'attendre du système de santé : pouvoir accéder aux soins que son état nécessite et être assuré de la qualité de ces soins.

LA RESPONSABILITÉ JURIDIQUE DU MÉDECIN

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE n'est pas exempt de risques, non seulement pour les malades mais également pour les médecins. Les praticiens courent en effet le risque de voir leur responsabilité engagée à l'occasion de leur activité professionnelle, et ceci selon trois formes principales. La responsabilité civile des médecins peut d'abord être recherchée lorsque l'acte médical, ou l'absence d'acte, cause un préjudice au patient ou à ses proches en cas de décès : appréciée par les tribunaux judiciaires ou par les juridictions administratives selon que l'acte incriminé est accompli pour le compte d'une clientèle privée ou au sein du secteur public hospitalier, cette forme de responsabilité a pour conséquence d'obliger celui qui est reconnu responsable à réparer le préjudice subi par la ou les victimes. La responsabilité disciplinaire des médecins peut également être recherchée devant les juridictions ordinaires, en cas de manquement aux prescriptions édictées par le Code de déontologie médicale. Enfin, la responsabilité pénale des médecins peut être engagée lorsque l'acte ou l'absence d'acte imputé(e) au médecin constitue une infraction pénale : elle entraîne le prononcé d'une peine contre celui qui a été jugé et reconnu coupable d'avoir commis une infraction.

31

Le poids respectif de ces différentes formes de responsabilité a tendance à évoluer. L'attention est aujourd'hui retenue par le développement de la responsabilité pénale des médecins. Mais ceci ne doit pas occulter les évolutions importantes intervenues dans le domaine de la responsabilité civile des médecins. Ceci ne doit pas non plus occulter le développement de nouveaux mécanismes de réparation des dommages causés par les actes de soins ainsi que d'une responsabilité financière des médecins, aujourd'hui en plein essor.

ÉVOLUTIONS DES RESPONSABILITÉS CIVILE ET PÉNALE

Parmi les trois formes de responsabilité que sont susceptibles d'encourir les médecins, deux retiennent particulièrement l'attention : la responsabilité civile, qui a connu des évolutions jurisprudentielles que l'on peut à bien des égards qualifier de spectaculaires et qui sont probablement encore inachevées, et la responsabilité pénale qui, pour les médecins comme pour bien d'autres professions, tend à se développer. En revanche, la responsabilité disciplinaire des médecins n'a pas connu d'évolution significative ou, en tout cas, ne retient que rarement l'attention des observateurs et des commentateurs. Il ne sera donc question, dans cet article, que de la responsabilité civile et de la responsabilité pénale des médecins.

32

La responsabilité civile des médecins, des évolutions importantes

En retard sur bien des points au début des années 1980, la responsabilité médicale administrative a connu, en l'espace d'une dizaine d'années, des évolutions jurisprudentielles qui ont profondément modifié les règles applicables.

Les règles de fond ont connu deux grandes modifications : d'une part, il n'existe plus qu'une seule catégorie de faute et, d'autre part, la faute n'est plus le seul fondement de la responsabilité du service public hospitalier.

– *L'unification du régime de responsabilité pour faute des établissements publics de santé.* Depuis un arrêt de principe de 1935, la responsabilité des hôpitaux s'est construite sur la distinction entre la faute simple et la faute lourde¹. Le juge administratif distinguait deux régimes de responsabilité hospitalière : les actes de soins et les défauts dans l'organisation et le fonctionnement du service engageaient la responsabilité de l'hôpital pour faute simple ; les actes médicaux ne l'engageaient que lorsqu'une faute lourde était prouvée. Le Conseil d'État avait, ce faisant, étendu au domaine de la responsabilité hospitalière la distinction faite dans d'autres domaines de la responsabilité entre des activités difficiles, qui n'engagent la responsabilité de l'administration que pour « faute lourde », et les autres activités, qui l'engagent pour faute simple.

1. CE, 8 novembre 1935, *Veuves Loiseau, Vion et Philipponneau*, p. 1019.

L'acte médical se trouvait ainsi déterminer l'application d'un régime différent de responsabilité. L'acte médical était lui-même déterminé en fonction de sa difficulté : étaient considérées comme des actes médicaux toutes les actions qui ne pouvaient être effectuées que par des praticiens ou sous la responsabilité de praticiens ; les actes de soins pouvaient en revanche être effectués par des auxiliaires de soins sous leur seule responsabilité.

Cette distinction est devenue de moins en moins pertinente dans la mesure où la distinction entre faute lourde et faute simple a été progressivement réduite par la jurisprudence. L'évolution a été particulièrement nette à partir du début des années 1980.

D'une part, le juge a fait peser une obligation de moyens de plus en plus rigoureuse sur le service public hospitalier, en ayant une acception large des dysfonctionnements constitutifs de fautes dans l'organisation du service. La jurisprudence a ainsi évolué dans le sens d'une plus grande sévérité à l'égard des hôpitaux, en ce qui concerne par exemple la nécessaire présence d'un personnel qualifié ou l'obligation de surveillance et de vigilance vis-à-vis des malades.

D'autre part, le juge a interprété de plus en plus strictement le champ de la faute lourde, en le limitant aux seuls actes médicaux réellement complexes et, corrélativement, en élargissant au maximum la notion d'acte de soins courants et de faute dans l'organisation et le fonctionnement du service. Ont ainsi été considérées comme relevant du fonctionnement du service les conséquences d'un mauvais positionnement d'un membre supérieur lors de l'installation sur la table d'opération d'un opéré², l'introduction accidentelle d'un germe microbien dans l'organisme d'un patient au cours d'une intervention chirurgicale³, ou encore les conditions dans lesquelles a été réalisée une anesthésie locale préalable à la réduction chirurgicale d'une fracture⁴. La jurisprudence relative aux opérations techniques et délicates s'est ainsi trouvée réduite à un noyau dur.

Enfin, le juge a considérablement atténué la portée de l'exigence d'une faute lourde, en qualifiant de lourdes les fautes commises par les praticiens dès lors qu'il ne s'agissait pas de simples erreurs ou maladroites vénielles. A partir de la fin des années 1980, les maladroites opératoires, les retards imputables aux médecins, l'absence ou l'insuffisance de sur-

2. CE, 5 janvier 1977, Prades, p. 861.

3. CE, 9 décembre 1988, Cohen, p. 431.

4. CE, 8 décembre 1989, M^{me} Hairon-Lescure, p. 521.

veillance postopératoire des malades ont été regardés comme pouvant constituer des fautes lourdes, ce qui n'était pas le cas jusqu'alors. Longtemps synonyme d'irresponsabilité, la faute lourde était plus fréquemment admise par le juge⁵.

L'aboutissement logique de cette évolution a été l'abandon de l'exigence d'une faute lourde pour les actes médicaux. Par sa décision M. et M^{me} V. du 10 avril 1992⁶, le Conseil d'État a renoncé à la faute lourde à propos d'un cas où l'application de la jurisprudence traditionnelle n'aurait pas permis de retenir la responsabilité de l'hôpital : les praticiens avaient commis un ensemble d'erreurs ou d'imprudences à l'occasion d'un accouchement par césarienne, mais n'avaient pas eu de comportement réellement fautif.

34 Le Conseil d'État a, ce faisant, unifié le régime de la faute dans le domaine hospitalier. L'abandon de l'exigence de la faute lourde pour les actes médicaux n'a toutefois pas entraîné un changement radical des obligations qui pèsent sur les établissements hospitaliers. En effet, la notion de « faute médicale de nature à engager la responsabilité de l'hôpital » laisse place à une marge d'appréciation du juge, en fonction de la nature et de la difficulté des tâches en cause, et doit être distinguée de la simple erreur ou maladresse. Ainsi que le soulignait le commissaire du gouvernement Hubert Legal dans ses conclusions sous l'arrêt M. et M^{me} V. : « La faute médicale de nature à engager la responsabilité de l'hôpital doit être distinguée de la simple erreur ou maladresse. Il faut distinguer entre, d'un côté, l'erreur isolée, la maladresse légère ou l'imprudence minime explicable par une situation d'urgence et, de l'autre côté, la faute, c'est-à-dire l'option ou le geste clairement contraire aux règles de l'art. Le seuil de la faute se place à un niveau élevé compte tenu de la nature et de la difficulté de l'activité médicale. »

L'examen de la jurisprudence des tribunaux et des cours administratives d'appel depuis 1992 confirme que l'abandon de la faute lourde n'a pas conduit à un accroissement sensible du nombre de cas où la responsabilité des hôpitaux est retenue à raison des actes médicaux. L'unification du régime de la faute du service public hospitalier ne s'est pas traduite par une rupture dans la jurisprudence : la véritable césure se

5. Sur ces points, voir R. Schwartz, « La responsabilité hospitalière et le juge administratif : une remarquable évolution », *Gaz. Pal.*, 2-3 octobre 1991, p. 2 ; et Christine Maugué, « La responsabilité médicale hospitalière », *Droit médical et hospitalier*, Paris, Litec, 1996.

6. Assemblée, p. 171 ; *AJDA*, 1992, conclusions H. Legal, p. 355 ; *JCP*, 1992, II, 21881, note J. Moreau.

situé plutôt au milieu des années 1980, lorsque le juge administratif a sensiblement atténué la portée de l'exigence d'une faute lourde.

– *Le développement de cas de responsabilité sans faute des établissements publics de santé dans leur mission de soins.* Alors que la responsabilité de l'hôpital n'a longtemps pu être engagée vis-à-vis des usagers, c'est-à-dire des malades hospitalisés, que si le dommage se rattachait à une faute du service public, le juge administratif a récemment admis deux hypothèses de responsabilité sans faute des hôpitaux publics : le juge a accepté de faire une place à la responsabilité sans faute lorsqu'il est fait usage d'une thérapeutique nouvelle dont les conséquences ne sont pas entièrement connues⁷ et lorsque est pratiqué un acte médical comportant un risque exceptionnel mais connu⁸.

C'est à l'occasion de l'affaire Gomez que, pour la première fois, la responsabilité sans faute d'un hôpital public a été admise. Il s'agissait d'un cas particulier : un jeune garçon, âgé de 15 ans, avait été opéré selon une thérapeutique nouvelle, dite méthode de Luqué, pour redresser sa colonne vertébrale ; à la suite de cette intervention, il avait été atteint d'une paraplégie des membres inférieurs. Cette invalidité, qui était la conséquence directe de l'opération, ne pouvait être réparée selon les règles normales de responsabilité car aucune faute n'avait été commise dans la conduite de l'opération.

Les juges du fond ont considéré que l'utilisation d'une thérapeutique nouvelle dans ces conditions créait un risque spécial pour les malades qui en sont l'objet et qu'il faut les indemniser lorsque ce risque se réalise et cause des complications très graves alors que le recours à cette thérapeutique ne s'imposait pas pour des raisons vitales⁹. Trois conditions cumulatives sont donc requises : l'utilisation d'une thérapeutique nouvelle dont les conséquences ne sont pas entièrement connues, l'absence de raisons vitales imposant cette utilisation et l'existence de complications exceptionnelles et anormalement graves liées directement à cette thérapeutique.

Cet arrêt n'ayant pas été frappé de pourvoi en cassation, le Conseil d'État n'a pas eu à se prononcer sur le bien-fondé du raisonnement tenu

7. Cour administrative d'appel de Lyon, plénière, 21 décembre 1990, Consorts Gomez, p. 498.

8. CE, Assemblée, 9 avril 1993, M. Bianchi, p. 127.

9. CAA Lyon, plénière, 21 décembre 1990, p. 498 ; *AJDA*, 1991, chronique de jurisprudence des cours administratives, p. 126.

par la cour. Mais, peu de temps après, le Conseil d'État a lui aussi, statuant comme juge d'appel, admis une responsabilité sans faute des hôpitaux publics¹⁰. L'hypothèse était très différente : M. Bianchi avait certes lui aussi été victime de dommages extrêmement graves à la suite de son passage à l'hôpital – entré au centre hospitalier La Timone, à Marseille, pour y subir une artériographie vertébrale rendue nécessaire par des chutes répétées de tension et une paralysie faciale dont il souffrait, il s'était trouvé atteint de tétraplégie en se réveillant de son anesthésie –, mais ceux-ci résultaient non d'une thérapeutique nouvelle mais d'un acte d'investigation connu, une artériographie, dont les médecins savent qu'il présente un risque infime mais connu de complications très graves, de l'ordre de trois à quatre cas pour dix mille. Ni les pièces du dossier ni les expertises ordonnées par le tribunal administratif et le Conseil d'État ne permettaient d'établir une quelconque faute de l'hôpital. L'application des règles classiques de la jurisprudence aurait donc dû conduire à rejeter la demande d'indemnisation posée par M. Bianchi. Le Conseil d'État a pourtant admis que, « lorsqu'un acte médical nécessaire au diagnostic ou au traitement du malade présente un risque dont l'existence est connue mais dont la réalisation est exceptionnelle et dont aucune raison ne permet de penser que le patient y soit particulièrement exposé, la responsabilité du service public hospitalier est engagée si l'exécution de cet acte est la cause directe de dommages sans rapport avec l'état initial du patient comme avec l'évolution prévisible de cet état, et présentent un caractère d'extrême gravité ». Trois conditions sont là encore requises : un acte médical comportant un risque exceptionnel mais connu, l'absence de toute indication que le malade soit exposé à ce risque et la réalisation de dommages d'une extrême gravité.

Les solutions dégagées par ces deux décisions sont très encadrées puisqu'elles sont limitées aux « complications exceptionnelles et anormalement graves résultant de l'utilisation d'une thérapeutique nouvelle dont les conséquences ne sont pas entièrement connues » et aux « dommages présentant un caractère d'extrême gravité » dus à un « risque dont la réalisation est exceptionnelle ». Ces décisions sont donc destinées à répondre à des situations marginales causées par l'utilisation d'une thérapeutique nouvelle ou par la réalisation d'un risque exceptionnel et que l'équité commande de réparer. Elles n'en constituent pas moins un

10. CE, Assemblée, 9 avril 1993, M. Bianchi, p. 127 ; *RFDA*, 1993, p. 573, conclusions S. Daël ; *AJDA*, 1993, p. 344, chronique Ch. Maugué et L. Touvet ; *JCP*, 1993, II, 22061, note J. Moreau.

infléchissement important de la jurisprudence, jusque-là résolument hostile à toute responsabilité sans faute des hôpitaux publics.

La jurisprudence Bianchi a d'ores et déjà reçu une autre application, à propos d'un décès survenu à la suite d'une anesthésie générale¹¹. Le risque inhérent aux anesthésies générales a été considéré comme un risque connu, mais dont la réalisation est exceptionnelle au sens de l'arrêt Bianchi (mortalité ou morbidité grave comprise entre un cas sur huit mille et un cas sur treize mille) ; et aucune raison ne permettait de penser que le patient, en l'occurrence un enfant opéré sous anesthésie générale pour une circoncision, y était particulièrement exposé. L'hôpital a, dans ces conditions, été condamné à réparer sans faute le préjudice subi par les parents, ayants droit du jeune garçon, alors que les circonstances de l'affaire – une anesthésie pratiquée en vue d'effectuer une circoncision et non un acte thérapeutique – auraient pourtant pu conduire le juge à adopter une solution différente.

37

La responsabilité civile des médecins est au cœur de réflexions et de débats.

En cas d'exercice en secteur privé, la responsabilité médicale est, comme dans le cadre hospitalier, gouvernée par la logique de la faute. La jurisprudence judiciaire a elle aussi évolué de façon très sensible, mais l'obligation qui pèse sur les médecins reste une obligation de moyens.

– *Une responsabilité médicale fondée sur une obligation de moyens assortie d'aménagements rigoureux.* Depuis l'arrêt Mercier¹², qui a posé le principe de la nature contractuelle de la responsabilité médicale, l'obligation du médecin a toujours été qualifiée d'obligation de moyens. Cette obligation consiste, pour le médecin, à donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science du moment.

Des évolutions jurisprudentielles ont traduit la volonté du juge judiciaire de faire évoluer la jurisprudence dans le sens d'une responsabilité plus stricte¹³.

11. CAA Lyon, 20 septembre 1993, Hôpital Joseph-Imbert d'Arles, p. 470 ; *RFDA*, 1994, p. 99, note P. Bon ; confirmé par CE, section, 3 novembre 1997, Hôpital Joseph-Imbert d'Arles, à paraître au recueil ; *RFDA*, 1998, p. 90, conclusions V. Péresse ; D 1999, SC, p. 45, chron. P. Bon et D. de Béchillon.

12. Cass., 1^{re} civ., 20 mai 1936, DP 1936.1.88, rapport Josserand, conclusions Matter, note E. P.

13. Sur ces points, voir G. Viney et P. Jourdain, « L'indemnisation des accidents médicaux : que peut faire la Cour de cassation ? », *JCP*, éd. G., 1997, II, 4016.

Dans certains domaines, la jurisprudence judiciaire a admis des assouplissements au principe de l'obligation de moyens.

On relève ainsi que, lorsque des dommages résultent d'actes de soins courants ou lorsque sont mises en œuvre des techniques fiables et éprouvées pour lesquelles l'aléa est bien maîtrisé, les tribunaux judiciaires ont tendance à faire preuve de plus de rigueur à l'égard des médecins et des autres professionnels de santé qui les accomplissent. Tel est le cas pour les analyses de laboratoire, les injections cutanées ou encore les examens simples qui ne relèvent pas à proprement parler de l'exercice de l'art médical¹⁴.

38 Plus récemment, le juge a également facilité la tâche des victimes d'infections nosocomiales. Par un arrêt du 21 mai 1996, la première chambre civile de la Cour de cassation a institué une présomption de faute en cas d'infection contractée lors d'une intervention chirurgicale¹⁵. Cette présomption pèse sur les cliniques. La jurisprudence fait certes preuve de prudence dans la mise en œuvre de la présomption, qui ne joue que pour les infections contractées en salle d'opération. Mais il s'agit quand même d'une innovation importante : jusque-là, la jurisprudence judiciaire continuait à demander à la victime la preuve d'une faute des cliniques pour la réparation de tels dommages, bien qu'ils soient en réalité tout à fait étrangers aux actes médicaux eux-mêmes¹⁶.

Enfin, un arrêt tout récent de la Cour de cassation a facilité la tâche de toutes les victimes d'accidents médicaux. Le médecin est tenu, dans la ligne de sa responsabilité contractuelle et dans le cadre de son obligation de soins consciencieux et attentifs, d'informer le patient sur son état, sur les soins qu'il doit lui prodiguer et leurs conséquences éventuelles. Depuis un arrêt de la Cour de cassation du 29 mai 1951¹⁷, la jurisprudence considérait, sur le fondement de l'article 1315 alinéa 1^{er} du Code civil, que c'était sur le patient que devait peser la charge de la preuve de l'inexécution de ce devoir d'information du médecin. Mais, par un arrêt du 25 février 1997, la première chambre civile de la Cour de cassation, dans sa formation plénière, a estimé qu'il incombait au médecin de prouver qu'il avait exécuté son obligation d'information¹⁸.

14. Cass., 1^{re} civ., 17 janvier 1980, Bull. civ. I, n° 187, pour une piqûre.

15. Cass., 1^{re} civ., 21 mai 1996, Bull. civ. I, n° 219 ; *RTD civ.*, 1996, p. 913, observations P. Jourdain.

16. Voir par exemple Cass., 1^{re} civ., 28 juin 1989, Bull. civ. I, n° 266, D 1990, p. 413, note Y. Dagorne-Labbé.

17. Bull. civ., n° 162.

18. Bull. civ. I, n° 75.

Cet arrêt a été nuancé par la suite : il n'y a pas obligation de donner une information écrite et le juge s'en tient à des présomptions de preuve¹⁹. Cet arrêt a eu une incidence très perceptible sur l'évolution de la jurisprudence administrative puisque, à peine une année plus tard, la cour administrative d'appel de Paris jugeait, dans un arrêt rendu en séance plénière, le 9 juin 1998, qu'en matière d'information du patient la charge de la preuve incombe à l'établissement public, et ce alors même qu'il s'agit d'un risque exceptionnel, dès lors que ce risque est bien connu²⁰.

Dans d'autres domaines, la jurisprudence déroge au principe de l'obligation de moyens en acceptant de mettre une obligation de résultat à la charge des médecins ou établissements de soins en tant que fournisseurs de certains produits et appareils.

Deux exemples peuvent être donnés. En matière de prothèses dentaires, le juge constate que, « si le chirurgien dentiste est tenu d'une simple obligation de moyens quant aux soins qu'il prodigue, il est tenu à une obligation de résultat comme fournisseur d'une prothèse, devant délivrer un appareil sans défaut²¹ ». La jurisprudence raisonne de la même façon en matière de contamination transfusionnelle en mettant à la charge des centres de transfusion sanguine une obligation de sécurité-résultat leur imposant de livrer du sang exempt de vices, ce qui permet l'indemnisation des transfusés contaminés par le virus du sida ou de l'hépatite C²². Toutefois, on voit que, dans ces deux cas, ce n'est pas l'acte de soins en tant que tel qui est en cause, mais un acte de dispensation d'un appareil ou d'un produit.

39

– *Une responsabilité qui reste fondée sur une obligation de moyens.* En dépit des évolutions intervenues, l'obligation qui pèse sur le médecin reste fondamentalement une obligation de moyens.

Il est vrai qu'un arrêt du 7 janvier 1997 de la première chambre civile a causé quelques perturbations en affirmant, pour fonder la cassation, qu'en écartant la responsabilité d'un chirurgien alors qu'il résultait de ses propres constatations que la blessure de l'artère sous-clavière gauche avait été « le fait du chirurgien », la cour d'appel avait violé les articles 1135

19. Voir Cass., 1^{re} civ., 14 octobre 1997, Bull. civ. I, n° 278 ; *JCP*, éd. G, II, 22942, rapport de Pierre Sargos ; *RDSS*, 1998, p. 68, chronique de M. Harichaux sur la preuve de l'information médicale.

20. M. Guilbot, n° 95 PA 03660.

21. Cass., 1^{re} civ., 15 novembre 1988, Bull. civ. I, n° 319.

22. Cass., 1^{re} civ., 12 avril 1995, deux arrêts : Bull. civ. I, n°s 179 et 180 ; *JCP*, 1995, éd. G, II, 22467, note P. Jourdain.

et 1147 du Code civil²³. Le simple fait du chirurgien suffirait donc à engager la responsabilité sur le fondement de ces deux articles, alors même que le caractère fautif de ce fait ne serait pas établi : autrement dit, l'accident chirurgical non fautif engagerait la responsabilité du chirurgien.

40 Mais cette interprétation a été très clairement démentie par un autre arrêt de la même chambre, rendu le 25 février²⁴. La Cour de cassation a en effet rejeté le pourvoi par des motifs qui expriment clairement le maintien d'une obligation de moyens : « Attendu que le chirurgien, alors même qu'il procède à la pose d'un appareil sur la personne du patient, n'est tenu qu'à une obligation de moyens ; que la cour d'appel qui, par motifs adoptés, a retenu, au vu des conclusions de l'expert, qu'eu égard à la pathologie présentée la technique utilisée était non seulement justifiée, mais la meilleure en l'état des connaissances médicales, a, par motifs propres, relevé que le matériel employé était exempt de vices et que le praticien l'avait vérifié avant son utilisation [...], qu'elle a aussi retenu qu'aucune maladresse n'avait été commise lors de la mise en place initiale du ballonnet, puis lors de son retrait ; qu'elle a ajouté que les soins avaient été consciencieux, attentifs et conformes aux données de la médecine et de la science ; que la cour d'appel, qui a ainsi écarté l'existence d'une faute dans la préparation comme dans l'accomplissement et le suivi de l'acte médical, a légalement justifié sa décision. » Ce raisonnement a été confirmé par la suite²⁵.

Dans ces conditions, le juge judiciaire ne peut, en l'état actuel de sa jurisprudence, indemniser les accidents médicaux non fautifs. Certains appellent de leurs vœux la mise en place d'un système général d'indemnisation objective des accidents médicaux et suggèrent qu'à défaut d'intervention législative le juge prenne les devants²⁶. Il est proposé de fonder l'indemnisation des accidents médicaux sur une obligation de sécurité distincte de l'obligation de soins : il suffirait d'admettre que le dommage accidentel qui survient à l'occasion d'un acte médical, qu'il s'agisse d'un acte directement curatif ou d'un acte nécessaire au diagnostic ou au traitement, n'est pas le résultat du manquement à l'obligation de soins du médecin, mais caractérise une atteinte à la sécurité du patient et représente ainsi l'inexécution d'une obligation accessoire

23. Cass., 1^{re} civ., 7 janvier 1997, Bull. civ. I, n° 7 ; D 1997, p. 189, rapport Sargos.

24. Cass., 1^{re} civ., Bull. civ. I, n° 72 ; *Gaz. Pal.*, 27-29 avril 1997, rapport Sargos.

25. Cass., 1^{re} civ., 27 mai 1998, Quéran c. Le Guen et autres ; *Gaz. Pal.*, 23 octobre 1998, p. 78.

26. Voir G. Viney et P. Jourdain, « L'indemnisation des accidents médicaux : que peut faire la Cour de cassation ? », *loc. cit.*

de sécurité. Cette obligation serait de résultat et son domaine limité aux accidents médicaux, ceux-ci étant définis comme les résultats dommageables d'un acte médical lorsque ces résultats sont sans rapport avec ceux qu'aurait provoqués le simple échec des soins.

Ces propositions sont séduisantes. Mais la reconnaissance de l'existence, en matière médicale, d'une obligation de sécurité se traduirait en l'état par un alourdissement de la responsabilité professionnelle des médecins. Avec les instruments juridiques dont il dispose, le juge judiciaire ne pourrait faire peser la réparation de cette obligation de sécurité-résultat que sur les médecins alors que le juge administratif l'a mise, et encore uniquement dans des cas très circonscrits, à la charge des établissements de santé. Cette dernière solution n'est sans doute pas idéale car elle revient à faire supporter aux établissements publics le fait qu'aujourd'hui la société n'admet plus la réalisation d'aléas qu'elle acceptait par le passé : dès lors que c'est un choix collectif qui est en cause et qu'aucune faute ne peut être reprochée aux établissements et aux médecins qui y travaillent, il serait sans doute plus équitable que soit mise en place une assurance obligatoire ou un fonds de garantie. Mais la prise en charge de l'aléa thérapeutique par les établissements permet à tout le moins de ne pas accabler les médecins.

Le rapprochement des deux responsabilités, la responsabilité hospitalière mise en œuvre par le juge administratif et la responsabilité médicale engagée devant le juge civil, est manifeste. Les indices d'une uniformisation des deux responsabilités sont nombreux. Néanmoins, il subsiste certaines différences qui paraissent en l'état difficilement réductibles.

La responsabilité pénale des médecins a un développement récent

Les médecins ont longtemps connu une immunité pénale quasi totale. Mais, depuis les années 1960 et surtout les années 1970, le nombre de poursuites s'est sensiblement accru. Il n'existe pas de statistiques des poursuites pénales en la matière et les seules données fiables sont données par les compagnies d'assurances. Il en ressort que, sur les millions d'actes médicaux recensés chaque année, le nombre de sinistres ne dépasse que le millier, que la responsabilité n'est retenue que dans un quart des cas et que, sur les indemnisations accordées, seule une minorité résulte de procès pénaux²⁷. La même constatation peut être faite pour

27. Voir sur ce point, comme sur tous ceux abordés dans cette partie, M. Véron, « La responsabilité pénale en matière médicale », in *Droit médical et hospitalier*, Paris, Litec, 1997,

les établissements de santé : si le nombre des plaintes augmente régulièrement, celui des condamnations reste relativement stable, autour d'une vingtaine par an. L'hôpital n'est pas encore devenu une scène pour le procès pénal, grâce à la mise en place de mécanismes d'indemnisation des patients victimes d'erreurs médicales et à la politique active de transaction conduite par beaucoup de grands hôpitaux – telle notamment l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris. Il reste que le risque pour un médecin de voir sa responsabilité recherchée s'est accru, même si elle ne sera que rarement effectivement engagée : aujourd'hui, sur une carrière de trente-cinq ans, un médecin sur deux peut être mis en cause ; il y a dix ans, c'était un médecin sur trois.

42 Les médecins peuvent être amenés, à l'occasion de leur exercice professionnel, à commettre des infractions de nature très diverse.

Les infractions les plus courantes sont celles de l'homicide involontaire²⁸ et des blessures involontaires²⁹. Les fautes pénalement sanctionnées commises par les médecins sont donc rarement intentionnelles : la plupart du temps, c'est involontairement, par imprudence ou par négligence, que le médecin cause un préjudice corporel à son patient. En cas de « manquement délibéré à une obligation de sécurité et de prudence imposée par la loi ou les règlements », le Code pénal prévoit une aggravation des peines³⁰.

Le Code pénal énumère limitativement les fautes incriminables, mais les termes qu'il utilise sont assez larges et permettent de saisir les comportements fautifs à travers leur extrême variété et la diversité de leurs manifestations. Il y a trois sortes de fautes. La première catégorie correspond aux fautes dites de commission : en font partie la maladresse (ce peut être un geste chirurgical maladroit qui entraîne une blessure ou une infirmité) et l'imprudence (elle résulte d'un manque de précautions : ainsi d'un médecin qui administre une surconcentration d'adrénaline, allant jusqu'à trente fois la norme³¹). La seconde catégorie correspond aux fautes d'omission : il s'agit de l'inattention (elle résulte d'un manque d'attention, de concentration : ainsi d'un chirurgien qui oublie une pince hémosta-

et S. Clément, « La responsabilité médicale », in *Traité pratique de l'instruction*, Paris, Litec, à paraître.

28. Code pénal, article 221-6.

29. Article 222-19.

30. Article 221-6, alinéa 2, article 222-19, alinéa 2, et article 222-20.

31. Crim., 7 juin 1988, Bull., n° 261.

tique ou une compresse dans la cavité abdominale après l'intervention³²) et de la négligence (elle se caractérise par un manque d'application, de sérieux, une insouciance, un oubli des règles ordinaires de l'art : ainsi d'un chirurgien qui remet au lendemain une intervention urgente³³). La dernière catégorie correspond au manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements : constituent ainsi une faute pénale les manquements aux dispositions particulières propres à l'exercice de la médecine ou à certaines spécialités (anesthésie, collecte du sang, recherches biomédicales, prélèvement d'organes, etc.) dès lors qu'il en est résulté un dommage pour une personne.

Mais, pour caractériser une éventuelle faute, il faut se référer à un comportement considéré comme normal. Le modèle de référence est là encore fourni par l'arrêt Mercier de 1936, qui impose aux médecins de donner des « soins consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ».

La loi du 13 mai 1996 a modifié l'article 121-3 du Code pénal de sorte qu'il prévoit désormais qu'il n'y a pas de délit d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité si l'auteur des faits a accompli les diligences normales « compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait ». Cette modification a eu pour but d'obliger les magistrats à ne plus apprécier la faute *in abstracto*, mais à rechercher *in concreto*, au vu des circonstances particulières à chaque cas, comment s'est comportée la personne poursuivie.

Outre ces infractions classiques, les médecins sont soumis, en tant que praticiens, à une législation professionnelle qui les expose à commettre d'autres infractions. Celles-ci sont en nombre élevé. Aux infractions anciennes (violation du secret médical, faux en matière de certificats, d'attestations et autres déclarations aux organismes sociaux, pratique d'interruption volontaire de grossesse illicite) se sont ajoutées des infractions nouvelles liées au développement des techniques et des pratiques médicales (violation des dispositions relatives aux essais thérapeutiques ou aux transplantations d'organes, infractions aux lois du 29 juillet 1994 sur la bioéthique et la protection du corps humain, etc.).

32. Crim., 22 octobre 1979, *Gaz. Pal.*, 1980, 1, 1973.

33. Crim., 15 mai 1982, *Bull.*, n° 134.

Toutes les catégories de médecins peuvent se voir reprocher des fautes pénales. Les contentieux les plus fournis concernent les chirurgiens, les anesthésistes et les gynécologues. Mais la jurisprudence montre que toutes les spécialités sont concernées. Et au-delà du corps proprement dit des médecins, c'est l'ensemble des professions concernées par la santé et l'acte médical qui est exposé : infirmiers, sages-femmes, personnels de direction ou de surveillance, pharmaciens, entreprises chargées de la fabrication des appareils ou des produits utilisés, etc.

44 Il convient enfin de rappeler que la responsabilité de la personne morale peut désormais être engagée, soit à la place de celle du ou des praticiens, soit concurremment. Les articles 222-7 et 222-21 du Code pénal prévoient que les délits d'homicide et blessure involontaires, y compris par manquement délibéré à une obligation de sécurité et de prudence, peuvent être reprochés à une personne morale. Il en est de même pour la mise en danger d'autrui. Et l'établissement de soins poursuivi peut aussi bien être privé que public. L'article 121-2 exige seulement que l'infraction ait été commise par un organe ou un représentant de la personne morale, agissant pour le compte de celle-ci. L'hypothèse la plus fréquente, évoquée par la circulaire du 14 mai 1993, est celle de la non-application d'une règle de sécurité que les organes ou représentants de la personne morale auraient omis de faire respecter. Précisons que la responsabilité pénale des personnes morales n'est nullement exclusive de celle des personnes physiques auteurs ou complices des mêmes faits³⁴.

NOUVEAUX MODES DE RÉPARATION ET DÉVELOPPEMENT D'UNE RESPONSABILITÉ FINANCIÈRE DES MÉDECINS

Des mécanismes nouveaux de prise en charge collective de certains risques

La nécessité de la mise en place de nouveaux modes de prise en charge de certains risques a été mise en lumière avec l'apparition de risques sériels. Les mécanismes traditionnels de la responsabilité médicale auraient en effet été impuissants à permettre une réparation des risques sériels, ces risques étant définis comme ceux qui, du fait notamment de la défectuosité d'un produit utilisé au cours d'un traitement médical,

34. Voir J. Moreau, « La responsabilité pénale des établissements publics de santé et le nouveau Code pénal », *AJDA*, 1995, p. 620.

concernent un grand nombre de personnes. Le commissaire du gouvernement Serge Daël relevait ainsi, dans ses conclusions sous l'arrêt Bianchi : « Il est clair que l'exigence de spécialité du préjudice exclut la prise en compte au titre de la responsabilité sans faute de catastrophes nationales. Franchir un pas supplémentaire en renonçant à l'exigence de spécialité reviendrait à confondre responsabilité et solidarité³⁵. »

Le premier risque sériel à avoir fait l'objet d'un régime juridique spécifique est celui de la contamination transfusionnelle par le VIH, en application de l'article 47 de la loi 91-1406 du 31 décembre 1991. Ce régime fait appel à une autre logique d'indemnisation, qui relève de la solidarité et non de la responsabilité : l'autonomie de ces deux logiques se manifeste par le fait que l'indemnisation des victimes par le fonds d'indemnisation ne fait pas obstacle à ce que les victimes engagent par ailleurs une action en responsabilité contre les personnes responsables de leur contamination. On sait que, par un avis du 15 octobre 1993, le Conseil d'État a estimé que cette possibilité restait offerte par la loi³⁶, tandis que la Cour de cassation, saisie d'un recours juridictionnel, l'avait écartée³⁷. Saisie à son tour de cette question, la Cour européenne des droits de l'homme a estimé que le système français ne présentait pas une clarté et des garanties suffisantes pour éviter un malentendu quant aux modalités d'exercice des recours offerts et aux limitations découlant de leur exercice simultané³⁸.

45

Ce procédé vise à assurer un équilibre raisonnable entre les exigences de la solidarité envers les victimes de contamination et celles de la gestion des finances publiques. Mais la loi n'a pas précisé que l'indemnisation ne serait que forfaitaire. Sans doute un barème de référence a-t-il été établi à l'usage du fonds d'indemnisation, dont les évaluations sont rarement modifiées par la cour d'appel de Paris, mais il ne présente pas un caractère impératif. En effet, seule la loi pourrait limiter les dommages et intérêts et la liste des dommages indemnifiables. En l'état actuel du dispositif, le juge ne peut, dès lors qu'il estime que la responsabilité de l'auteur de l'acte est entière, qu'indemniser l'intégralité du préjudice. La formule retenue est donc coûteuse pour les finances publiques.

35. *RFDA*, 1995, p. 581.

36. Consorts Jezequel et Vallée, p. 280.

37. Cass., 26 janvier 1994, *Bull. civ. II*, n° 41.

38. CEDH, 4 décembre 1995, *Bellet c. France*, aff. 21/1995/527/613.

La question qui se pose aujourd'hui est de savoir comment traiter les autres risques sériels. Celui résultant de l'hépatite C est d'ores et déjà avéré et pourrait concerner plusieurs centaines de milliers de personnes. Si la législation n'est pas modifiée, ce coût sera mis à la charge des centres de transfusion sanguine en vertu de la jurisprudence civile et administrative. En effet, par deux décisions quasiment simultanées de 1995, le juge judiciaire et le juge administratif ont imposé aux centres de transfusion sanguine un régime de responsabilité sans faute applicable nonobstant les connaissances scientifiques du moment³⁹ : il s'agit d'une obligation de résultat qui impose à ces organismes de livrer un produit exempt de tout risque infectieux, et ce quelles que soient la date de la transfusion et la nature de l'infection. La loi du 19 mai 1998 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux, qui permet d'écarter la responsabilité du producteur pour risque de développement, ne remet pas en cause cette solution car elle a exclu de l'exonération les cas où le dommage était causé par un élément du corps humain ou par les produits issus de celui-ci. Mais, si la législation n'est pas modifiée, les centres de transfusion seront rapidement dans l'impossibilité de faire face à cette nouvelle responsabilité sans l'aide de la collectivité. On ne voit donc guère comment éviter que la loi intervienne pour créer un nouveau mécanisme d'indemnisation relatif aux dommages résultant de la contamination par le virus de l'hépatite C. Cela d'autant qu'elle seule permettrait de retenir le principe d'une indemnisation forfaitaire qui maintienne la dépense publique dans certaines limites. Ainsi que le relevait le Conseil d'État dans son rapport annuel consacré au droit de la santé, « l'indemnisation du risque sériel est quant à elle admise par les deux ordres de juridiction. Mais l'ampleur de l'enjeu financier appellera sans doute dans un avenir proche une solution fondée sur le principe de solidarité dont le législateur pourrait seul fixer les limites⁴⁰ ».

Ainsi qu'il a été dit ci-dessus, des voix se sont également élevées depuis de nombreuses années pour organiser un système général d'indemnisation des accidents médicaux. Ce système permettrait d'assurer une protection efficace des victimes d'accidents médicaux non fau-

39. Cass., 1^{re} civ., 12 avril 1995, Centre départemental de transfusion sanguine de l'Essonne, Bull. civ. I, n° 179 ; *JCP*, 1995, II, 22647, note P. Jourdain. CE, Assemblée, 26 avril 1995, Consorts NG, p. 221 ; *RDFA*, 1995, p. 748, conclusions Daël ; *AJDA*, 1995, p. 508, chronique L. Touvet et J.-H. Stahl ; *JCP*, 1995, II, 22648, note J. Moreau.

40. EDCE, n° 49, 1998, p. 267.

tifs. Pour parvenir à ce résultat, certaines propositions se sont orientées vers une objectivation de la responsabilité des médecins⁴¹ : mais ce système conduirait les praticiens à assumer la responsabilité de toutes les conséquences « anormales » des dommages résultant de leur activité et il est à craindre qu'il ne condamne le corps médical à l'inertie et ne paralyse tout esprit d'initiative (voir ci-dessus, p. 40 et 41). D'autres propositions ont suggéré de dépasser le cadre de la responsabilité des médecins pour s'attacher à la mise en place d'un mécanisme d'indemnisation de l'aléa thérapeutique. Mais de nombreuses difficultés ont présidé à l'instauration d'un tel système, ce qui explique les atermoiements du législateur. Une première difficulté consiste à définir préalablement l'aléa thérapeutique indemnisable, une seconde à choisir un mode de financement adapté. Ce dernier choix dépend de la fonction que l'on assigne à l'indemnisation : celle-ci varie selon que le choix thérapeutique est appréhendé comme un risque individuel relevant d'un système assurantiel ou comme un risque social nécessitant une prise en charge collective. Aucune des solutions proposées n'a abouti à ce jour⁴².

47

Une responsabilité financière nouvelle

Depuis le début des années 1990, les pouvoirs publics cherchent à mettre en place une politique active de régulation de l'offre de soins. Dans un premier temps, le système institué a été uniquement incitatif : il s'agissait du système dit de maîtrise médicalisée des dépenses de soins, qui consistait dans une régulation qualitative et non quantitative de l'offre de soins. Les médecins s'entendaient sur la définition de normes de bonne pratique médicale, qui sont des comportements de référence ; ces normes leur devenaient par la suite opposables et donnaient lieu à des retenues financières en fonction du coût et de la gravité des anomalies constatées.

41. Cette thèse a été avancée pour la première fois en 1966 par le Pr André Tunc au 2^e Congrès international de morale médicale. Elle a ensuite été reprise par le Pr Jean Penneau dans sa thèse publiée en 1974 (*Faute et Erreur en matière de responsabilité médicale*, Paris, LGDJ) et a, depuis, reçu de nombreux appuis (par exemple, P. Sargos, « Réflexions sur les accidents médicaux et la jurisprudence de la Cour de cassation en matière de responsabilité médicale », D 1996, chronique, p. 365 ; contributions diverses aux journées de formation professionnelle de l'ENM, 29 mai au 2 juin 1995, « La responsabilité médicale : de la faute au risque », p. 191 sq.).

42. Sur cette question, voir A. Kimmel-Alcover, « A propos des accidents médicaux : vers l'indemnisation de l'aléa thérapeutique ? », *LPA*, 1996, n° 155, et G. Viney et P. Jourdain, « L'indemnisation des accidents médicaux : que peut faire la Cour de cassation ? », *loc. cit.*

Avec l'adoption du plan Juppé, le gouvernement a mis en place un mode de régulation sensiblement plus contraignant de l'offre de soins, reposant sur une régulation quantitative des dépenses médicales. Ses modalités, qui ont d'abord résulté de la combinaison de l'ordonnance 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins avec la loi de financement de la Sécurité sociale, sont complexes. Le principe est que la loi de financement de la Sécurité sociale fixe chaque année la norme d'évolution des dépenses d'assurance maladie. Cette norme est ensuite déclinée selon les différents secteurs du système de soins (hospitalisation publique et privée, soins de ville, secteur médico-social). Compte tenu de l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville déterminé, une annexe à la convention nationale des médecins ou, le cas échéant, aux deux conventions fixe un « objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales ». Cet objectif est fixé séparément pour les médecins généralistes et pour les médecins spécialistes et se décompose en un montant prévisionnel des dépenses d'honoraires, rémunérations et frais accessoires et un montant prévisionnel des dépenses de prescriptions. En cas de non-respect de l'objectif, un reversement est exigible de la part de l'ensemble des médecins. Dans le système issu de l'ordonnance, ce reversement était arrêté selon des conditions de calcul déterminées par voie de décret ainsi que par les conventions médicales. L'ordonnance donnait toutefois des indications sur les critères qui pouvaient être pris en compte : il pouvait être tenu compte notamment du respect des objectifs par spécialité ou par zone géographique, de l'évolution, du niveau relatif et des caractéristiques de l'activité du médecin, notamment en ce qui concerne les prescriptions de l'importance des dépassements d'honoraires et du respect des références médicales opposables.

Mécontents de ce reversement, les syndicats de médecins ont contesté à la fois l'ordonnance et les conventions conclues avec les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Le Conseil d'État a fermement écarté l'argumentation consistant à analyser ce reversement comme une sanction⁴³. Deux raisons conduisaient à une telle solution. En premier lieu, en instituant un mécanisme d'ajustement des dépenses de soins, l'ordonnance n'a pas cherché à sanctionner un comportement fautif de la part des médecins, mais n'a fait que tirer les conséquences

43. 30 avril 1997, Association nationale pour l'éthique de la médecine libérale et autres, p. 174, et Assemblée, 3 juillet 1998, Syndicat des médecins de l'Ain, à paraître au recueil.

du vote par le Parlement d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie. Le nouveau système de régulation de l'assurance maladie repose en effet sur un encadrement des objectifs financiers par le Parlement et le gouvernement. Et la logique même de l'institution d'un plafonnement de l'augmentation des dépenses conduit à ce que le système de reversement revête un caractère automatique car il constitue un mode d'ajustement des dépenses : le non-respect collectif de l'objectif entraîne un reversement de la part de l'ensemble des médecins. En second lieu, le mécanisme d'individualisation des versements à la charge des médecins montrait que ces versements ne sont pas nécessairement et complètement liés au comportement individuel des médecins.

A la suite de l'annulation des arrêtés approuvant les conventions médicales conclues avec les généralistes et avec les spécialistes sur le fondement de cette ordonnance, la ministre de l'Emploi et de la Solidarité a annoncé qu'elle renonçait au système de reversement tel qu'il avait été prévu par l'ordonnance et les conventions. Mais le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 a repris le principe d'un reversement destiné à réguler les dépenses de soins induites par les médecins libéraux. Ce reversement fonctionne selon les mêmes règles : c'est le dépassement de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales qui déclenche le mécanisme du reversement. Toutefois, le législateur a réduit les éléments d'individualisation du reversement : d'une part, la possibilité de régionalisation des objectifs a été supprimée ; d'autre part, le reversement devait être réparti proportionnellement au revenu des médecins, la seule possibilité de modulation prévue étant fonction du niveau de revenu et de l'appartenance des médecins au secteur 2.

Ces dispositions ont été censurées par le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 18 décembre 1998. Mais les motifs de la décision montrent que le Conseil constitutionnel n'a pas condamné le reversement (appelé « contribution » par la loi) dans son principe : pas davantage que le Conseil d'État, il n'a considéré qu'il s'agissait d'une sanction, auquel cas elle aurait été nécessairement illégale car collective. Le Conseil a analysé ce reversement comme une contribution fiscale et a estimé que, dans la mesure où cette contribution était assise sur les revenus professionnels des médecins, et ce quel qu'ait été leur comportement individuel en matière d'honoraires et de prescription pendant l'année au cours de laquelle le dépassement était constaté, elle ne reposait pas sur des critères objectifs et rationnels en rapport avec l'objet de la loi, c'est-à-dire avec le souci d'inciter les médecins à réguler leur offre

de soins⁴⁴. Cette motivation permet au législateur de conserver le mécanisme du reversement, sous réserve d'en adapter l'assiette.

Les médecins encourent donc une responsabilité juridique qui connaît de multiples formes et qui se développe. Mais la responsabilité médicale sera demain au moins autant financière que juridique. Ainsi que le relevait le rapporteur pour avis du Sénat lors de la discussion sur la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 : « Tous les acteurs du système de santé doivent être responsabilisés, les prescripteurs de soins comme les établissements hospitaliers et les patients. Dans la mesure où la Sécurité sociale assure la solvabilisation des professions médicales, il est normal que la puissance publique leur fixe des objectifs de progression compatibles avec les ressources disponibles⁴⁵. »

50

44. Décision 98-404 DC du 18 décembre 1998, *JO*, p. 19663 ; *AJDA* 1999, p. 22, chron. J.E. Schoettl.

45. J. Oudin, avis présenté au nom de la commission des finances sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999.

R É S U M É

La responsabilité juridique des médecins à l'occasion de leur activité professionnelle est en voie de développement. Deux des formes de responsabilité que peuvent encourir les médecins retiennent particulièrement l'attention : la responsabilité civile, qui a connu des évolutions jurisprudentielles très importantes, et la responsabilité pénale qui, pour les médecins comme pour bien d'autres professions, tend à être plus souvent recherchée. Mais cela ne doit pas occulter le développement de nouveaux mécanismes de réparation des dommages causés par les actes de soins ainsi que d'une responsabilité financière des médecins, aujourd'hui en plein essor.

VERS LE DÉCLIN DU « POUVOIR MÉDICAL » ?

UN ÉCLAIRAGE EUROPÉEN :
FRANCE, ALLEMAGNE, GRANDE-BRETAGNE

LE « POUVOIR MÉDICAL » suscite deux types de discours tout à fait antinomiques. Le premier est celui de la dénonciation de la toute-puissance du « lobby médical ». Ce discours, qui est en particulier celui des hommes politiques et des médias, se fonde notamment sur la mise en avant des relais politiques dont dispose ce groupe professionnel, largement représenté au sein du personnel politique tant national que local. Le second discours, émanant du corps médical lui-même, est celui de la plainte de l'impuissance des médecins face à un État imposant de plus en plus de normes financières à l'exercice des soins. Est ici déploré, en lorgnant parfois sur les cheminots, l'absence de pouvoir de blocage des médecins, qui n'ont pas à leur disposition l'arme de la grève totale des soins.

51

Ces deux discours contradictoires témoignent des difficultés que pose l'analyse du pouvoir médical et de la nécessité de dépasser les propos publics de tel ou tel acteur impliqué dans les politiques de santé. Plus précisément, il apparaît nécessaire de s'interroger préalablement sur cette notion même de « pouvoir médical ». Il est à mes yeux plus juste de parler des pouvoirs des médecins que du pouvoir médical dans l'absolu. On peut en effet distinguer quatre types de pouvoirs que les médecins sont susceptibles d'exercer :

– le pouvoir professionnel qui renvoie à l'autonomie de la pratique médicale (c'est-à-dire l'autocontrôle), à la monopolisation de l'exercice des soins (c'est-à-dire la domination sur les autres soignants) et aux rapports de pouvoir vis-à-vis des patients ;

– le pouvoir politique qui renvoie à la capacité d'intervention des médecins comme groupe organisé sur les décisions publiques en matière de santé ;

– le pouvoir économique qui renvoie au niveau de revenu des médecins (c'est-à-dire à leur position dans l'échelle des revenus) et à son évolution ;

– le pouvoir social, enfin, qui renvoie au prestige social des médecins, à leur image auprès de l'opinion publique.

52 Si l'on se place du point de vue de la littérature scientifique, en particulier la sociologie des professions anglo-saxonne, cette question est aujourd'hui essentiellement abordée sous l'angle du déclin de ce « pouvoir médical »¹. Ces analyses portent principalement sur le pouvoir professionnel puisqu'elles soulignent l'intégration croissante de la pratique de la médecine à un complexe technico-bureaucratique étranglant progressivement l'autonomie du médecin. Il peut d'ailleurs sembler assez paradoxal que ce thème ait d'abord été mis en avant dans le pays où, *a priori*, la pratique de la médecine est la plus libérale : les États-Unis. Les phénomènes les plus significatifs sont les contrôles exercés dans le cadre des cliniques privées et par les assurances privées². Si les travaux portant sur le cas américain sont fort nombreux, il n'en va pas de même pour l'Europe. C'est pour cela que notre propos est ici de discuter cette hypothèse en partant de trois pays européens : la France, l'Allemagne et la Grande-Bretagne.

Ce travail suppose tout d'abord de ne pas se cantonner à la question, certes centrale, du pouvoir professionnel. Si du pouvoir professionnel découlent notamment les pouvoirs économiques et sociaux du médecin, le pouvoir professionnel lui-même dépend aussi du pouvoir politique des médecins. En effet, l'affirmation de la domination professionnelle des médecins n'est pas la simple traduction de l'évolution du savoir médical, de l'extension continue de la capacité du médecin à faire reculer les limites de la maladie et de la mort ; c'est aussi le produit d'une mobilisation politique de la profession. Le pouvoir médical est étroitement lié à l'interaction entre les médecins et l'État³. Rappelons que seul

1. On se reportera en particulier à Donald Light, « Countervailing Powers : A Framework for Professions in Transition » in Terry Johnson, Gerry Larkin et Mike Saks (dir.), *Health Professions and the State in Europe*, Londres, Routledge, 1995 ; David Mechanic « Sources of Countervailing Power in Medicine » (et la réponse de D. Light), *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 16, n° 3, 1991.

2. John William Salmon (dir.), *The Corporate Transformation of Health Care*, New York, Baywood, 1990.

3. Patrick Hassenteufel, *Les Médecins face à l'État, une comparaison européenne*, Paris, Presses de la FNSP, 1997.

l'État est en mesure de conférer aux médecins le monopole sur la pratique médicale, une position dominante dans la hiérarchie des soins et l'autonomie professionnelle sous la forme d'institutions telles que l'Ordre des médecins dans le cas français. Aussi m'intéresserai-je ici également au pouvoir politique de la profession médicale.

Une analyse de l'évolution des pouvoirs des médecins suppose aussi d'inscrire la réflexion dans un cadre historique. Il n'est pas possible de parler de déclin du pouvoir médical sans faire référence à une situation antérieure, à des trajectoires historiques. Le déclin est par définition une notion relative, dont l'usage n'est pertinent qu'à la condition de ne pas se référer à un âge d'or mythique, mais à des situations historiques précises.

Enfin, la démarche comparative permet d'interroger le degré de généralité de la thèse du déclin du pouvoir médical, tout en tenant compte des formes spécifiques qu'il prend dans une configuration nationale donnée. En effet, il semble bien que les pouvoirs tant professionnels que politiques des médecins connaissent des modalités multiples de remise en cause sans que pour autant on puisse parler de convergence inéluctable au niveau européen : les modalités d'exercice du pouvoir médical conservent des spécificités nationales importantes.

53

LE POUVOIR PROFESSIONNEL ÉRODÉ : LE CONTRÔLE CROISSANT DE LA PRATIQUE MÉDICALE

Le pouvoir professionnel des médecins repose sur trois piliers : le monopole des soins, la position dominante dans la hiérarchie des soins et l'autonomie au niveau de la pratique médicale. Les deux premiers aspects sont liés : c'est bien parce que, historiquement, les docteurs en médecine se sont vu conférer par l'État le monopole de l'administration des soins médicaux (en France par la loi de 1892) que l'activité des autres soignants leur est subordonnée. Ainsi la majeure partie des actes accomplis par les professions paramédicales dépend-elle du diagnostic effectué par les médecins. C'est pour cela que l'on parle de professions « prescrites » pour les désigner. Ces deux pans du pouvoir médical n'ont pas été nettement remis en cause même si on peut noter, par exemple, que le domaine de compétence propre des infirmières a été accru, suite à la mobilisation de ce groupe professionnel dans le cas de la France⁴. On peut également

4. Id., « Les automnes infirmiers (1988-1992) : dynamiques d'une mobilisation », in Olivier Filleule (dir.), *Sociologie de la protestation*, Paris, L'Harmattan, 1994, p. 93-120.

mentionner la possibilité donnée en France aux pharmaciens, dans le cadre de la dernière loi de financement de la Sécurité sociale (1998), de délivrer des génériques en lieu et place des médicaments prescrits par le médecin, ce qui a suscité une vive réprobation des représentants du corps médical. Toutefois, il ne s'agit là que d'éléments relativement marginaux⁵. Le monopole des médecins reste solidement établi. On peut ajouter que la représentation biomédicale et clinique de la santé, véhiculée par l'élite médicale hospitalo-universitaire, continue elle aussi à prédominer dans ces trois pays européens.

54 Il n'en va pas de même pour le dernier aspect du pouvoir professionnel des médecins, à savoir l'autonomie professionnelle. Il s'agit là d'un élément essentiel dans la mesure où la profession médicale s'est construite historiquement sur la base de la conquête de ce pouvoir. Si l'on suit les sociologues de la profession médicale, en particulier Elliott Freidson⁶, la marque du passage de métier de soignant à celui de profession médicale est l'acquisition d'un statut garantissant l'autonomie professionnelle. Celle-ci renvoie à deux éléments : d'une part la pleine liberté de choix du médecin dans la poursuite de l'objectif de la guérison ; d'autre part le contrôle par la profession elle-même de la pratique médicale dont elle fixe les règles déontologiques. Historiquement cet autocontrôle s'est traduit par la mise en place d'instances de représentation professionnelles composées de médecins et chargées de l'observation et du suivi de l'activité des pairs : Royal College britannique (créé en 1858), Chambre des médecins allemande (mise en place en 1935) ou encore Ordre des médecins français (institué en 1940).

C'est ce pilier du pouvoir médical qui paraît aujourd'hui le plus directement menacé. La raison fondamentale en est, bien sûr, la priorité accordée par les pouvoirs publics à la maîtrise des dépenses de santé depuis les années 1980. Cette réorientation majeure des politiques de protection maladie transforme en profondeur la définition de la finalité et des critères d'évaluation de la pratique médicale. D'après le serment d'Hippocrate, le médecin doit tout faire, selon les moyens et les connaissances dont il dispose, pour soigner son patient. Le critère pri-

5. Ajoutons que, dans cet exemple, le médecin a la possibilité d'empêcher la substituabilité en inscrivant « non substituable » sur l'ordonnance. Et en Grande-Bretagne les généralistes ont obtenu, par un jugement rendu en 1998, le droit de délivrer directement des médicaments. Surtout, l'intégration des soins communautaires aux budgets directement gérés par les généralistes en 1993 a renforcé leur pouvoir sur les infirmières.

6. *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

mordial, voire unique, est celui de l'efficacité thérapeutique. Or, avec les politiques de maîtrise des dépenses de santé, le critère des coûts, l'évaluation économique des actes médicaux occupe une place croissante, ce qui modifie les conditions mêmes de la pratique médicale. Le médecin ne doit plus seulement guérir, mais aussi contribuer à l'équilibre financier des systèmes de protection sociale !

Plus précisément, ces politiques ont renforcé, en particulier en France et en Allemagne, le poids de la norme financière dans la définition de l'activité médicale. La pratique médicale est de plus en plus considérée (et traitée) comme une activité de type économique, ou tout au moins comme une activité susceptible de faire l'objet d'une évaluation économique. Ainsi, en France et en Allemagne, la maîtrise des dépenses d'assurance maladie a conduit à des formes économico-financières d'encadrement de l'activité des médecins. Leur traduction la plus évidente est celle des enveloppes, enserrant les actes (et les prescriptions) des médecins dans des limites financières. En France comme en Allemagne, les médecins en secteur ambulatoire se voient contraints de respecter, sous peine de sanctions financières, des taux d'évolution de leur activité. Le plus marquant est ici le fait que le taux d'évolution (national et régional en France, individuel en fonction de la spécialité et du lieu d'exercice en Allemagne) repose sur des critères essentiellement économiques, à savoir l'évolution prévisible des recettes en France⁷, le taux d'activité moyen par catégorie de médecin en Allemagne⁸. Les objectifs sont définis avant tout comme des objectifs financiers et non pas comme des objectifs sanitaires. Il s'agit bien d'une « économisation » de la pratique médicale dans la mesure où il est demandé au médecin non seulement de soigner mais aussi de contribuer à l'équilibre financier de l'assurance maladie et de prendre en compte dans sa pratique individuelle le coût économique de ses actes.

Or, à partir du moment où interviennent des critères d'évaluation non médicaux de la pratique de soins, l'intervention de tiers extérieurs

7. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), fixé annuellement par le Parlement depuis le plan Juppé, se base plus sur des données financières que sur des données sanitaires, même si la discussion parlementaire est précédée par la réunion de la conférence nationale de santé publique.

8. La récente loi de « renforcement de la solidarité » (*Solidaritäts Stärkungsgesetz*), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1999, établit un budget annuel pour les honoraires médicaux dont le taux de croissance est déterminé uniquement par le taux d'évolution des salaires. La priorité est clairement donnée à un alignement strict des dépenses sur les recettes de l'assurance maladie.

à la profession est facilitée. On passe ainsi progressivement, au fur et à mesure de l'intensification des politiques de maîtrise des dépenses, de l'autocontrôle au contrôle externe. En France, il est le fait des caisses d'assurance maladie, qui ont progressivement accru leurs instruments de contrôle. En particulier, la mise en place, depuis 1993, de références médicales opposables (RMO) permet aux caisses de sanctionner les médecins en fonction de normes thérapeutiques⁹. Cette évolution s'est accompagnée d'un développement des outils d'information pour surveiller l'activité des médecins, avec le codage des actes et l'informatisation. On retrouve, par ailleurs, ce double encadrement économique et médicalisé dans le secteur hospitalier, avec, d'un côté, les effets du budget global (et l'affirmation du pouvoir des directeurs d'hôpitaux) et, de l'autre, ceux de la mise en place progressive du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettant de comparer, sur la base de groupes homogènes de malades, les performances économiques et thérapeutiques des différents hôpitaux. Le plan Juppé renforce cette tendance par le rôle attribué aux agences régionales d'hospitalisation et la mise en place d'une procédure d'accréditation des services.

Toutefois, en France, l'effectivité des sanctions apparaît relativement limitée, comme le montre le cas des RMO. La faiblesse des sanctions est liée à la fois aux résistances des médecins, représentés dans les commissions conventionnelles décidant de ces sanctions, et au manque de moyens des caisses pour exercer un contrôle systématique. De plus, la mise en place des outils d'information et d'évaluation se heurte à la fois à l'opposition des médecins (on peut mentionner le mouvement récent de boycott de la prime à l'informatisation et la contestation de la carte Sésame-Vitale) et aux problèmes techniques rencontrés (notamment pour le codage des actes).

En Allemagne, la question du contrôle économique de l'activité médicale se pose depuis la mise en place de normes de comportement économique par la loi de 1977, renforcée par l'enveloppe fermée pour les prescriptions de médicaments instituée par la réforme Seehofer de

9. Ajoutons que le règlement conventionnel minimal, en vigueur depuis décembre 1998 pour les spécialistes, accroît les possibilités de contrôle des caisses pour les dépassements d'honoraires (secteur 2). La nouvelle convention pour les généralistes prévoit quant à elle que les médecins, devenant des «médecins-référents» auxquels les patients pourront s'abonner, seront obligés de respecter un seuil maximal d'activité, devront prescrire un minimum de 15 % des médicaments «les moins chers» d'une classe thérapeutique et seront soumis à des évaluations régulières des connaissances suite aux actions de formation professionnelle continue.

1992. La mise en place des budgets individuels et de normes en matière de prescriptions de médicaments¹⁰ a, en 1997, renforcé l'encadrement de l'activité médicale et la menace de sanctions. Mais, ici, le contrôle reste, plus qu'en France, largement pris en charge par la profession elle-même puisque ce sont les Unions de médecins de caisse qui sont chargées du suivi de l'activité médicale et, éventuellement, des sanctions. Ce sont également elles qui définissent et mettent en œuvre les budgets individuels. Toutefois, de façon croissante, le contrôle n'est pas effectué uniquement par les médecins, mais aussi par des commissions paritaires médecins-caisses.

Cette différence s'explique avant tout par des stratégies collectives contrastées de la profession médicale. En Allemagne, les médecins, représentés de façon très institutionnalisée par les Unions de médecins de caisse, ont accepté de prendre en charge la régulation économique du système de soins, ce qui s'inscrit dans la logique à long terme de l'autoadministration du système d'assurance maladie¹¹. En France, la stratégie collective de la profession, elle-même plus divisée et moins institutionnalisée qu'en Allemagne, a été de s'opposer beaucoup plus frontalement à la maîtrise des dépenses dans une logique de défense d'intérêts segmentés et non pas d'implication dans la régulation du système d'assurance maladie. Ces différences de stratégie ont donc pour conséquence un moindre poids du contrôle externe dans le cas de l'Allemagne.

57

En Grande-Bretagne, la question du contrôle de la pratique médicale se pose dans des termes différents. Le « compromis historique » passé entre la profession médicale et l'État lors de la mise en place du National Health Service (NHS), en 1946, a conduit à la mise en place d'institutions largement dominées par les médecins et dont le rôle était celui de la régulation de l'activité professionnelle, garantissant une large autonomie professionnelle, malgré l'existence d'un système étatisé. Le partage des rôles était clair : à l'État de décider du montant des ressources allouées à la santé, aux médecins de décider de l'utilisation de ces res-

10. Dans le domaine du médicament, le nouveau gouvernement « rouge-vert » envisage la mise en place d'une « liste positive » de médicaments remboursables afin de réduire drastiquement leur nombre. Les représentants des médecins y voient une atteinte à la liberté de prescription, déjà fortement encadrée du fait de l'existence des budgets.

11. Marian Döhler et Patrick Hassenteufel, « Les politiques de régulation de l'assurance maladie en France et en Allemagne », *Revue française d'administration publique*, n° 76, octobre-décembre 1995, p. 549-560.

sources¹². Cette situation s'est progressivement modifiée depuis les années 1980 sous l'effet d'une double évolution. La première est l'apparition d'un nouveau type d'administrateurs du système de santé, à la suite du premier rapport Griffith de 1983 : les *new managers*, souvent issus du secteur privé, porteurs d'un référentiel d'efficience et soutenant le développement des outils d'évaluation de l'activité médicale¹³. La seconde évolution est liée à la réforme de 1991 qui introduit des mécanismes de concurrence à l'intérieur du système (quasi-marchés). La mise en place de la concurrence suppose l'existence d'instruments d'information permettant de comparer les performances des institutions sanitaires, en particulier des hôpitaux. La réforme s'est donc accompagnée de la diffusion de normes économiques et de la mise en place de nouvelles instances de contrôle de l'activité médicale, au sein desquelles les représentants du corps médical sont moins dominants qu'auparavant, en particulier au sein des *Family Health Service Authorities*. Toutefois, en Grande-Bretagne, la forte implication des médecins dans la mise en œuvre de la réforme de 1991 a conduit à la production d'une information à l'initiative des médecins eux-mêmes. De ce fait, le contrôle externe reste faible : la profession médicale a conservé une large autonomie en matière de décision médicale¹⁴. Ainsi peut-on dire que l'avènement du *new managerialism* a plus relevé du discours que de la réalité.

Comme on le voit, ces éléments, certes contrastés, de remise en cause du pouvoir médical sont étroitement liés aux différentes dispositions adoptées en matière de protection maladie dans les trois pays depuis les années 1980. L'érosion du pouvoir professionnel dépend aussi du pouvoir politique des médecins. L'évolution de celui-ci se révèle donc à travers l'analyse des processus décisionnels ayant conduit aux « réformes » des années 1990.

12. Rudolf Klein, *The New Politics of the NHS*, Londres, Longman, 1995 (3^e éd.).

13. Chris Ham, *Management and Competition in the NHS*, Oxon, Radcliffe Medical Press, 1997 (2^e éd.).

14. Anne Develay, Michel Naiditch et Gérard de Pouvourville, « Information médicale et régulation de la médecine générale : une approche comparative », *Revue française d'administration publique*, n° 76, octobre-décembre 1995, p. 649-661.

LE POUVOIR POLITIQUE CONTESTÉ : FRAGMENTATION DE LA PROFESSION ET PERTE DU POUVOIR DE VETO

Dans de nombreux travaux, les médecins sont présentés sous les traits d'un *veto-group* ou d'un lobby capable de s'opposer à toute mesure menaçant leurs intérêts collectifs. Ces analyses s'appuient sur des tentatives politiques avortées, notamment en Allemagne¹⁵ et en Grande-Bretagne¹⁶. Elles mettent en avant le poids de la représentation politique des médecins, l'importance des relais politiques dont ils disposent, ainsi que leur influence présumée sur l'opinion publique (« il est extrêmement difficile de faire une loi contre 70 000 médecins qui voient chacun trente patients par jour », aurait dit le chancelier Adenauer pour justifier le recul du gouvernement sur le projet Blank de réforme de l'assurance maladie).

59

Pourtant, dans les années 1990 ont été adoptées dans les trois pays considérés des réformes rejetées par une partie importante des médecins, parce qu'elles allaient à l'encontre d'un certain nombre d'intérêts collectifs de la profession. On mentionnera en particulier la réforme du NHS britannique de 1991, la réforme Seehofer en Allemagne (1992) et le plan Juppé en France (1996). Il s'agit là, à plusieurs égards, de défaites politiques pour les médecins, dans la mesure où ces réformes se sont traduites par un renforcement des normes financières et un poids accru des acteurs étatiques dans la régulation du système¹⁷. Pour comprendre ce résultat, on peut avancer deux facteurs explicatifs principaux : d'une part les stratégies politiques des décideurs, d'autre part la fragmentation des médecins face aux projets de réforme.

En effet ces réformes se caractérisent par une faible prise en compte des positions défendues par les représentants de la profession. Dans le cas du plan Juppé, le processus décisionnel s'est limité aux sommets de l'exécutif ; dans le cas de la réforme Seehofer, il s'est focalisé sur les négoc-

15. Bernd Rosewitz et Douglas Webber, *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*, Francfort, Campus, 1990.

16. Theodor Marmor et David Thomas, « Doctors, Politics and Pay Disputes », *British Journal of Political Science*, n° 4, 1972, p. 421-442.

17. Patrick Hassenteufel, « Les réformes des systèmes de protection maladie entre étatisation et libéralisation. Une comparaison européenne », *Revue internationale de politique comparée*, n° 2, 1998, p. 315-342.

ciations interpartisanes dans le cadre de la mise en place d'une « grande coalition » ponctuelle ; en Grande-Bretagne, enfin, l'adoption du rapport *Working for Patients* s'est faite en dehors du processus de concertation habituel incluant de façon centrale les médecins. Ces stratégies politiques de rupture s'expliquent notamment par la priorité politique donnée à ces réformes.

60 En France, le plan Juppé a été construit politiquement en symbole de l'action réformatrice du gouvernement, de sa capacité à « bousculer les immobilismes » dans la continuité de la rhétorique déployée par le candidat Chirac lors de la campagne pour les élections présidentielles de 1995. A également joué le contexte financièrement contraignant du respect des critères de déficit budgétaire définis par le traité de Maastricht et politiquement porteur du cinquantième anniversaire des ordonnances créant la Sécurité sociale. Le processus décisionnel a été particulièrement fermé, tant en aval qu'en amont. En amont le projet a été préparé dans le plus grand secret par un groupe très restreint de hauts fonctionnaires ; en aval le recours aux ordonnances a empêché toute intervention parlementaire : le processus décisionnel s'est limité aux interactions entre cabinets ministériels et directions administratives concernées. On peut ajouter que la mobilisation syndicale contre d'autres aspects de la réforme en novembre-décembre 1995, qui a conduit au recul du gouvernement sur la question des retraites, a renforcé la contrainte politique dans le sens de l'adoption des mesures concernant l'assurance maladie.

En Allemagne, les coûts financiers de la réunification, largement supérieurs aux prévisions, ont là aussi fonctionné comme un système de contraintes fort en faveur de mesures drastiques de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Le ministre de la Santé, soucieux de ne pas répéter le scénario d'évidement de la réforme précédente par l'intervention des professionnels de santé, a poursuivi une stratégie d'accord politique avec le principal parti d'opposition, le SPD, afin de marginaliser le parti libéral, pourtant membre de la coalition gouvernementale, mais soutien traditionnel de la profession médicale.

Dans le cas britannique, le contexte de pression publique et médiatique autour des dysfonctionnements du NHS et de rapports dégradés entre les principaux acteurs du système de santé et le gouvernement a favorisé la réforme. Le conflit était devenu quasi permanent : le gouvernement n'avait politiquement plus grand-chose à perdre, d'autant plus que Margaret Thatcher venait d'entamer un quatrième mandat, ce qui laissait un délai suffisant avant les prochaines élections pour mettre en

œuvre une réforme radicale. Il en a résulté un choix politique de rupture qui s'est traduit par la constitution d'un comité de cabinet (*Cabinet Committee*) restreint comprenant le Premier ministre lui-même, Nigel Lawson et John Major pour le Trésor, deux membres de la direction générale de la santé et deux membres de la *Policy Unit* auprès du Premier ministre, représentant les *think tanks* conservateurs. Ce groupe, qui a exclu délibérément les représentants des médecins, a élaboré le rapport *Working for Patients*, rendu public en janvier 1989, noyau dur de la réforme du NHS entrée en application en avril 1991.

L'autre élément d'explication de l'adoption de ces réformes est la division des médecins tant face au plan Juppé que face à la réforme Seehofer et à la réforme Griffith. La profession médicale n'a pas été en mesure de former un front uni s'opposant aux mesures les plus lourdes de conséquences.

61

En France, le principal syndicat de généralistes, MG France, s'est posé clairement en soutien au plan Juppé, en refusant notamment de participer au « front libéral » d'opposition à la réforme et en acceptant de signer la convention médicale mettant en œuvre les principales dispositions des ordonnances d'avril 1996. La position des médecins a également été affaiblie par l'absence de mobilisation des autres professions de santé, contrairement à ce qui s'était passé en 1991, où les importantes manifestations regroupant l'ensemble des professionnels de santé, notamment les cliniques, avaient conduit au retrait du projet de mise en place d'enveloppes globales.

En Allemagne, les médecins n'ont pas plus été en mesure de former un front uni face au gouvernement, qui s'est également appuyé sur les généralistes, représentés par le syndicat BPA qui a affirmé publiquement à plusieurs reprises son soutien à la réforme. Il en a été de même pour les médecins « alternatifs » (de gauche) du VDÄA. De plus, la position des porte-parole institutionnels de la profession, partenaires traditionnels des caisses (Unions) et de l'État (Chambres), a été affaiblie par des divergences stratégiques (les opposants les plus radicaux prônant une sortie collective du système d'assurance maladie) et par des divergences entre médecins hospitaliers et médecins installés en ambulatoire.

Enfin, en Grande-Bretagne, la réforme a été rapidement acceptée par les généralistes en mesure de devenir des gestionnaires de budgets (*fundholders*), qui y ont vu un moyen de renforcer leur position et leurs ressources.

Peut-on pour autant diagnostiquer un déclin irrémédiable du pouvoir politique des médecins ? Une réponse plus nuancée me semble plus pertinente pour deux raisons.

La première repose sur le constat que les médecins ont, après l'adoption de ces réformes, été en mesure de faire la preuve de leur capacité d'intervention. En France, on peut mentionner les formes multiples d'opposition à la mise en œuvre du plan Juppé, dont la dernière en date est la grève des cabinets de spécialistes observée fin 1998 contre les pénalités financières en cas de dépassement de l'objectif d'évolution des dépenses d'assurance maladie, dont les modalités ont par ailleurs été censurées par le Conseil constitutionnel¹⁸.

62 En Allemagne, les médecins ont été en mesure de peser bien plus fortement sur la troisième étape de la réforme de l'assurance maladie adoptée en juin 1997. Elle s'est traduite par un relâchement de l'encadrement budgétaire et par un accroissement des paiements directs (tickets modérateurs) assurés par les patients. Toutefois, le gouvernement Schröder est déjà revenu sur ces mesures, comme l'annonçait l'accord de coalition SPD-Verts, dans le cadre de la loi dite de « renforcement de la solidarité » entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1999. Le retour d'un encadrement budgétaire plus strict (notamment la baisse du budget global des prescriptions de 7,5 %) a entraîné la plus importante manifestation de médecins de l'histoire de l'Allemagne fédérale (plus de 10 000 manifestants), en décembre 1998, sans que celle-ci n'infléchisse le contenu de la loi.

La seconde raison est le fait qu'une partie des médecins peut être vue comme bénéficiaire des réformes, c'est en particulier le cas des généralistes.

En France, la valorisation de la médecine générale fait partie intégrante de la stratégie poursuivie par les gouvernements successifs depuis la fin des années 1980. Si les « contrats de santé » revendiqués par MG France n'ont pas pu être mis en place en 1991, la séparation de la médecine ambulatoire en deux domaines séparés a été largement favorisée par les pouvoirs publics, au nom de l'amélioration de la coordination des soins. Ainsi, le plan Juppé permet la signature de conventions séparées pour les généralistes et les spécialistes et l'adoption d'objectifs distincts en matière d'évolution des dépenses. C'est ce qui permet de comprendre,

18. L'utilisation des recours juridiques pour contester les dispositifs de maîtrise des dépenses est une constante dans les conflits entre les médecins et l'État et a entraîné à plusieurs reprises l'annulation des conventions médicales par le Conseil d'État.

d'une part, l'adoption du dispositif du médecin généraliste « référent », dans le cadre conventionnel puis législatif, restreignant le libre accès au spécialiste, d'autre part la définition d'objectifs de dépenses moins restrictifs pour les généralistes par rapport aux spécialistes.

En Allemagne, la réforme Seehofer a permis la reconnaissance de la médecine générale comme une véritable spécialité médicale et la définition d'un domaine de compétence propre. Ajoutons que le nouveau gouvernement a, dans l'accord de coalition, annoncé le renforcement du rôle pivot du généraliste comme premier recours au système de soins, faisant ainsi écho aux revendications du BPA (principal syndicat de généralistes).

Enfin, en Grande-Bretagne, la mise en place des quasi-marchés a clairement renforcé la position des généralistes gestionnaires de budgets (*GP fundholders*). D'une part ceux-ci ont pris en charge de façon croissante des prestations de soins auparavant effectuées à l'hôpital (en matière de chirurgie légère par exemple) ; d'autre part ils disposent de pouvoirs vis-à-vis des trusts hospitaliers pour négocier des conditions favorables pour leurs patients, du fait de leur nouveau rôle d'acheteurs de soins¹⁹.

63

Peut-on alors parler de déclin du pouvoir médical ? Le terme est probablement inadéquat dans le cas européen, parler d'érosion serait peut-être plus juste. Ce constat, fait ici pour le pouvoir professionnel et le pouvoir politique des médecins, vaut probablement aussi pour leur pouvoir économique et leur pouvoir social. En effet, s'il apparaît très excessif de parler de « prolétarianisation », comme l'ont fait certains²⁰, il est net que les revenus de la profession évoluent de façon moins favorable, tant en valeur absolue qu'en valeur relative (par rapport à d'autres catégories socioprofessionnelles). Et, sur le plan social, il est vrai que le prestige social des médecins a été écorné, notamment du fait de leur silence face à un certain nombre d'enjeux fortement médiatisés de santé publique (contamination par le sida, « vache folle », dopage...). De plus, les formes de « démocratisation » de l'accès au savoir médical (*via* internet notamment) rendent les patients plus exigeants vis-à-vis des méde-

19. Brian Salter, *The Politics of Change in the Health Service*, Londres, Macmillan, 1998.

20. James Bernard Mac Kinlay et John Arches, « Towards the Proletarianization of Physicians », *International Journal of Health Services*, n° 15, 1985. Selon les statistiques de la CNAM, le revenu moyen des médecins (avant impôts, charges sociales et professionnelles incluses) était de 433 000 francs en 1996.

cins. La lente émergence d'un « pouvoir des patients », progressivement reconnu juridiquement et institutionnellement, modifie elle aussi l'équilibre des forces au sein des systèmes de protection maladie européens.

R É S U M É

Plutôt que de déclin du pouvoir médical, la comparaison européenne conduit à parler d'érosion du pouvoir médical. Cette évolution se donne tout d'abord à voir au niveau du pouvoir professionnel du fait de l'encadrement croissant de la pratique médicale par des acteurs externes, en fonction de critères économiques. C'est aussi une conséquence d'une certaine perte du pouvoir d'influence des médecins sur les décisions de politique publique.

LES ACTEURS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ

LA FRANCE CONSACRE GLOBALEMENT 10 % de sa richesse nationale au financement de sa politique de santé. Cette part est en progression rapide puisqu'elle ne représentait que 3 % en 1950 et 7 % en 1970. Les trois quarts, environ, de cette somme sont couverts par des ressources publiques, sous forme de cotisations sociales, de CSG ou d'autres prélèvements obligatoires. Par conséquent, même lorsque ceux qui dispensent les soins sont des acteurs privés – c'est notamment le cas de tout le secteur de la médecine dite libérale –, ils engagent des dépenses qui sont, pour l'essentiel, des dépenses publiques.

65

La prédominance du financement public de la politique de santé prévaut dans la plupart des pays occidentaux, à la notable exception des États-Unis. Elle explique que, dans presque tous ces pays, les responsables de cette politique soient clairement identifiés et que les mécanismes par lesquels ils prennent les décisions engageant l'argent public soient précisément encadrés. Un tel encadrement existe en France depuis toujours pour ce qui concerne le budget de l'État, mais n'a commencé à voir le jour, s'agissant des dépenses de santé couvertes par la Sécurité sociale, que très récemment : en 1983, avec l'instauration du budget global hospitalier, puis en 1996, avec l'instauration par la réforme Juppé d'une loi de financement de la Sécurité sociale qui fixe des plafonds de dépenses à toutes les activités sanitaires.

L'exception française explique largement qu'il soit si difficile de dire quels sont les principaux acteurs de la politique de santé. Ce n'est pas seulement, en effet, l'immensité du champ économique couvert par cette activité (800 milliards de francs de chiffre d'affaires annuel, 1,6 million d'emplois dont la moitié d'emplois publics) qui rend l'analyse complexe ; c'est aussi et, peut-être surtout, son inorganisation, son

défaut très ancien de principes de commandement. Dès lors, s'il est possible de décrire les activités de chacun des acteurs, la question de savoir qui décide de quoi est en partie indéterminée.

Dans ces conditions, toute tentative de classification de ces acteurs est contestable et celle que l'on propose ci-après en distinguant *les acteurs politiques, les acteurs professionnels et les acteurs médiatiques* n'échappe pas à la critique. En effet, cette distinction de trois groupes principaux ne signifie évidemment pas que les premiers s'abstiennent de toute incursion médiatique ni que les deuxièmes ou les troisièmes n'entreprennent jamais d'actions politiques. Elle permet cependant de clarifier un paysage complexe et donne une image que l'on espère la moins déformante possible de la réalité des pouvoirs qui s'exercent au sein du monde de la santé.

66

La légitimité des acteurs politiques repose sur des assises historiques nettement plus anciennes que celle des acteurs professionnels. En effet, tant que la médecine ne savait pas soigner – et le savoir scientifique médical ne prend son essor qu'avec Pasteur à la fin du XIX^e siècle –, la seule arme disponible contre les maladies et, surtout, contre les épidémies était entre les mains des responsables politiques. Il s'agit de la police sanitaire, dont les autorités publiques nationales ou locales usaient pour prendre des mesures de prévention. Lorsque le Conseil d'État du roi ordonne l'isolement de la ville de Marseille atteinte par une épidémie de peste en 1720 ou lorsqu'un décret de 1848 institue dans chaque département un conseil d'hygiène présidé par le préfet, l'État exerce son rôle d'acteur de la politique de santé à des époques où il n'en existait quasiment pas d'autres. Il reste des témoins de cette belle époque de la politique de prévention publique, tels que, par exemple, l'ordonnance du 18 juin 1823 sur la police des eaux minérales, encore en vigueur aujourd'hui.

L'influence des professionnels de santé – médecins, pharmaciens, infirmiers, etc. – ne prend logiquement son essor qu'avec le développement de leurs connaissances scientifiques. Cet essor est régulier de Pasteur à la Seconde Guerre mondiale. Il connaît une progression spectaculaire au cours du dernier demi-siècle : il y avait 32 000 médecins en France en 1950 ; ils sont 182 000 aujourd'hui. Une telle évolution statistique s'accompagne d'un profond changement dans les priorités de la politique de santé. Jusqu'à la découverte de la pénicilline, en 1928, et des autres antibiotiques qui s'ensuivent, l'accent est essentiellement mis sur la prévention. Les associations et ligues hygiénistes se multiplient et exercent une forte influence sanitaire et politique. Par la suite, avec le développement des moyens thérapeutiques, la prévention recule et les

acteurs de la politique curative, notamment les médecins et l'industrie pharmaceutique, conquièrent le terrain.

Plus récemment, une troisième catégorie d'acteurs est apparue et a pris une importance considérable : les médias. Cette émergence n'est pas surprenante dans la mesure où la plupart des activités des sociétés modernes doivent désormais compter avec l'influence médiatique. Le secteur de la santé n'y échappe pas. Il y est même particulièrement soumis.

LES ACTEURS POLITIQUES

Si l'on entend par acteurs politiques les personnes qui exercent une autorité publique au nom d'un mandat qui leur a été confié par le suffrage universel, cette catégorie comprend principalement le Parlement, le gouvernement et les collectivités territoriales.

67

Jusqu'à la réforme Juppé de 1996, le **Parlement** exerçait un rôle limité dans le domaine de la santé. En vertu de l'article 34 de la Constitution, dans sa rédaction issue du texte initial de 1958, la loi fixe les règles concernant la création de catégories d'établissements publics et détermine les principes fondamentaux de la sécurité sociale. Ces compétences ont conduit le Parlement à adopter quelques grandes lois, par exemple la loi hospitalière du 31 décembre 1970, mais ne lui permettait pas d'intervenir dans la détermination des moyens financiers de la politique de santé. Or, la longue expérience du vote du budget de l'État a montré que la discussion et l'adoption de la loi de finances est le moment clé où la nation fait ses choix. Dans le domaine de la santé, les choix financiers étaient décidés dans un entrelacs complexe de procédures mêlant décisions réglementaires du gouvernement et décisions des conseils d'administration des caisses de sécurité sociale, organismes de droit privé où les partenaires sociaux sont majoritaires, en application de la philosophie assurantielle qui prévalut à la création de la Sécurité sociale en 1945.

La réforme constitutionnelle du 22 février 1996 a profondément bouleversé cet équilibre. Elle ajoute à l'article 34 un nouvel alinéa ainsi rédigé : « Les lois de financement de la Sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leur prévision de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique. » La loi organique du 22 juillet 1996, codifiée aux articles LO.111-3 et LO.111-7 du Code de la sécurité sociale dispose notamment que, chaque année, la loi de finan-

cement de la Sécurité sociale approuve les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et fixe, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie.

Il revient donc désormais au Parlement de fixer chaque année un taux d'évolution des dépenses qui constitue un plafond s'imposant aux partenaires sociaux gestionnaires de l'assurance maladie. Le syndicat Force ouvrière qui, avec l'appui du CNPF, a géré l'assurance maladie au cours des trente années précédant la réforme Juppé s'est fermement opposé à la consécration du Parlement comme acteur de la Sécurité sociale. Il considérait que l'essence de cette dernière était de nature contractuelle et que l'intrusion du Parlement en constituerait une sorte de nationalisation. En 1945, l'esprit des fondateurs était certainement celui-ci. Il s'agissait, de la part du patronat et des syndicats, de financer certaines

68

prestations sociales en échange de cotisations assises sur les salaires. L'évolution du système a rendu une telle conception obsolète dans son principe et inapplicable dans sa pratique. Sur le plan des principes, l'extension de la couverture sociale à la quasi-totalité de la population a progressivement sapé la légitimité des représentants des seuls salariés à définir le contenu des avantages sociaux. Dès lors que ceux-ci concernent tous les citoyens, les principes démocratiques exigent que le Parlement intervienne pour fixer les grandes orientations et le rythme des engagements financiers de la nation. Au plan pratique, il n'était plus possible de laisser les entreprises ployer sous l'augmentation des cotisations salariales, au risque de gravement pénaliser leur compétitivité et donc l'emploi. La substitution de la CSG – contribution de nature fiscale – aux cotisations sociales a d'ailleurs été la traduction financière de cette évolution d'un système assurantiel vers un système fondé sur la solidarité. Or l'expression de la solidarité nationale est au cœur même de la fonction parlementaire.

La réforme de 1996, en plaçant le Parlement au sommet des acteurs de la politique de santé, a ainsi consacré une évolution qui fait de cette politique une des principales composantes de la société contemporaine.

Le rôle tenu par le **gouvernement** est plus ancien. Pour s'en tenir au XX^e siècle, on rappellera que la création du ministère de la Santé remonte au gouvernement Poincaré de 1920. La place et le rang de ce ministère dans la hiérarchie du pouvoir exécutif ont été mouvants. Tantôt autonome, tantôt rattaché au ministère du Travail ou de l'Emploi, ou encore fondu dans un vaste ministère des Affaires sociales, il a fluctué au gré des circonstances. Ce n'était guère surprenant à une époque

où les questions de santé occupaient une place mineure ; ce l'est beaucoup plus aujourd'hui quand le secteur de la santé pèse d'un poids économique supérieur à celui de l'agriculture ou de la défense nationale, que personne ne songerait à doter d'un statut ministériel subalterne.

Les effets de cette situation incertaine du ministère de la Santé ne sont pas seulement protocolaires. Le fait d'être une structure de second rang entraîne de multiples conséquences, pour la plupart fâcheuses. A titre d'illustration, on indiquera que, face au ministère des Finances et du Budget, le ministère de la Santé se trouve souvent défavorisé dans les arbitrages interministériels ou encore qu'en raison de la faiblesse des primes, des débouchés et autres avantages matériels qu'il peut offrir à ses cadres, il lui est difficile de constituer une équipe aussi solide que l'exigerait l'ampleur des problèmes à traiter. Le sous-équipement humain et matériel de ce ministère explique pour partie l'insuffisance de ses réactions lors du drame sanitaire de la transfusion sanguine du milieu des années 1980, dont il n'est pas évident que, sur ce plan, on ait tiré toutes les leçons.

69

Un effort a cependant été réalisé avec la création de plusieurs établissements publics qui, sous l'appellation d'agences, sont en train de constituer une force de frappe que l'on espère mieux dotée et plus rapide que les administrations centrales auxquelles ils se substituent. S'inspirant des structures américaines comparables, l'Agence du médicament et l'Agence française du sang, créées par la loi du 4 janvier 1993, ont ainsi donné le coup d'envoi d'une modernisation indispensable.

L'essentiel des compétences exercées par le ministère de la Santé est désormais concentré au sein de trois directions.

La *direction de la Sécurité sociale* est en charge de l'équilibre des comptes. Naturellement, ce qui concerne les prestations familiales et les régimes de retraite ne concerne pas le ministre de la Santé. Seules les activités de la branche maladie le regardent directement. A ce titre, cette direction définit notamment la politique tarifaire en corrélation avec la nomenclature des actes de soins ainsi que les conditions de remboursement des soins. Elle a la tâche délicate de proposer des plans d'économie lorsque la dérive des dépenses ou l'insuffisance des recettes crée un déficit.

La *direction générale de la Santé*, héritière de ses lointaines ancêtres qui exerçaient la police sanitaire, continue de jouer un rôle clé dans des domaines très divers. Outre la poursuite de ce rôle de police sanitaire, qui appelle une vigilance constante étendue à tout le territoire quant à l'apparition d'incidents de type viral ou infectieux, ses tâches principales

consistent en la définition des priorités de santé publique au vu, notamment, des études épidémiologiques, ainsi que l'organisation et la réglementation des professions de santé libérales. Ces dernières années, elle a été particulièrement sollicitée pour la définition d'une politique de prévention contre le sida ainsi que pour la mise au point de la nouvelle législation relative à la bioéthique (lois du 29 juillet 1994).

70 La *direction des Hôpitaux* assure la tutelle des hôpitaux publics ainsi que l'encadrement réglementaire de l'ensemble des autres établissements hospitaliers, ce qui représente environ 4 000 hôpitaux et cliniques. A ce titre, elle a en charge 600 000 personnes relevant de la fonction publique hospitalière, c'est-à-dire le contingent de fonctionnaires le plus important après celui de l'Éducation nationale. Les sérieux inconvénients résultant de la centralisation à Paris d'une tutelle aussi vaste ont conduit les pouvoirs publics à la création, par l'ordonnance du 24 avril 1996, d'*agences régionales de l'hospitalisation*.

Ces nouvelles structures sont originales à plusieurs titres. D'abord, comme leur nom l'indique, elles mettent en œuvre *au niveau régional* un aspect majeur de la politique de santé. C'est la reconnaissance que, contrairement à l'orientation imprimée par la réforme de 1982 portant décentralisation, la région est dans certains cas le bon niveau de gestion des affaires publiques. On pourrait même ajouter, s'agissant notamment de l'hôpital, qu'un regroupement des vingt-deux circonscriptions métropolitaines actuelles en une dizaine constituerait l'échelle optimale. La deuxième originalité de ces agences est de regrouper les structures publiques que sont les services déconcentrés de l'État et les structures privées que constituent les caisses régionales d'assurance maladie. Pour parvenir à ce mariage inhabituel, il a fallu en passer par une personne juridique qui, à l'origine, n'était pas conçue pour cela, les groupements d'intérêt public (article L. 710-17 du Code de la santé publique). La troisième originalité est que la même instance est chargée de coordonner les activités des établissements hospitaliers publics *et privés* et dispose à cette fin du pouvoir de déterminer leurs ressources dans les limites fixées par la loi de financement de la Sécurité sociale.

Ainsi, devant l'épineux problème que représente l'excédent d'offre de soins hospitaliers en France, l'État et la Sécurité sociale unissent-ils leurs forces au niveau régional pour tenter d'insuffler davantage de rationalité. L'intention est louable. A-t-elle des chances sérieuses d'aboutir ? Il faut évidemment l'espérer car la Sécurité sociale a devant elle l'incontournable défi du financement des retraites à l'horizon de la prochaine décennie ; il est donc impératif qu'elle ait allégé auparavant son fardeau

sanitaire. Mais c'est à ce stade qu'intervient la troisième catégorie d'acteurs politiques, les collectivités territoriales.

Les collectivités territoriales jouent un rôle second mais politiquement très sensible dans l'univers de la santé publique. Il convient d'abord de rappeler la compétence du maire à prendre des mesures de sauvegarde de la salubrité publique qu'il tient de son très ancien pouvoir de police. Ensuite, les départements ont hérité de l'État la charge de financer l'aide sociale à la suite des lois de décentralisation de 1982. Parmi les nombreuses aides sociales concernées figure l'aide médicale prévue à l'article L. 187-1 du Code de la famille et de l'aide sociale, qui consiste en la prise en charge totale ou partielle des frais médicaux encourus par les personnes à bas revenus, notamment les titulaires du RMI. Enfin, les maires, de longue date, président les conseils d'administration des hôpitaux publics. La réforme Juppé, après avoir hésité à retirer au maire cette compétence dans le but de faciliter les restructurations hospitalières, a fini par la maintenir (article L. 714-2 du Code de la santé publique).

71

Cette dernière responsabilité est d'autant plus importante que l'hôpital est souvent le premier employeur de la commune où il est implanté. La bonne marche de l'hôpital représente donc pour le maire non seulement un enjeu sanitaire mais aussi un enjeu économique. C'est sur ce point que les difficultés politiques de toute restructuration du tissu hospitalier peuvent devenir insurmontables, comme de nombreux exemples concrets l'ont montré dans un passé récent. A cet égard, la création des agences régionales de l'hospitalisation constitue un facteur positif dans la mesure où le débat public sur l'offre de soins hospitaliers trouve mieux sa place au sein de la région qu'entre une commune et un ministère parisien, toujours soupçonné d'ignorer les spécificités locales.

Malgré cela, la répartition des rôles entre les différents acteurs politiques continue de ne pas être claire. En effet, personne n'exerce une responsabilité pleine et entière en ce domaine :

– Le maire préside le conseil d'administration de l'hôpital qui arrête son budget (c'est-à-dire les dépenses) à partir d'une dotation financière fixée par l'agence régionale ; mais il ne fixe pas les recettes qui sont déterminées et prélevées au niveau national. Le maire n'est donc nullement incité à la maîtrise des dépenses hospitalières alors que, lorsqu'il engage d'autres dépenses au titre de sa commune, il est obligé de les financer par de nouveaux impôts locaux, ce dont ses électeurs lui demanderont de rendre compte.

– L’agence régionale de l’hospitalisation répartit entre les établissements la dotation financière allouée par l’État ; mais elle est dirigée par un fonctionnaire qui a mission de définir et mettre en œuvre une politique hospitalière régionale alors qu’aucune instance élue n’a donné au préalable une légitimité démocratique à cette politique ; de plus, comme le maire, l’agence n’est pas responsable des recettes ; enfin, l’agence n’exerce ses compétences qu’à l’égard des hôpitaux ; elle n’a donc pas le pouvoir de transférer des capacités de soins de l’hôpital vers la médecine de ville qui reste sous la responsabilité exclusive de l’assurance maladie, ni de transformer un hôpital en maison de retraite, la création de celle-ci étant de la compétence de la commune ou du département. Or ces deux derniers exemples expriment des opportunités majeures de reconversion des hôpitaux, ce qui montre que la voie régionaliste n’a été que timidement empruntée lors de la réforme de 1996.

72

– L’État, au nom de l’unité et de la solidarité nationale, a conservé la maîtrise totale des recettes et, en tant que supérieur hiérarchique des agences régionales, d’une grande partie des dépenses. L’État conserve également la compétence de recruter, nommer et affecter les médecins hospitaliers publics. Ainsi, ces derniers, qu’ils exercent dans des hôpitaux parisiens, tarbais ou valenciennois, qu’ils exercent dans des hôpitaux généraux ou des CHU, ne sont pas sous l’autorité du directeur de l’hôpital comme dans la plupart des pays du monde, mais sous celle du ministre de la Santé, voire, lorsqu’ils sont professeurs à la faculté de médecine, sous celle du ministre de l’Éducation nationale. Ce centralisme typiquement français a pour conséquence que le ministre, détenteur de l’autorité, ne l’exerce pas car il est trop loin du terrain, tandis que le directeur d’hôpital, qui est sur place, ne dispose pas à l’égard de ses principaux collaborateurs que sont les médecins des pouvoirs habituels d’un chef d’entreprise.

Le résultat de cet enchevêtrement d’acteurs politiques est que la France est le seul grand pays d’Europe où une question telle que celle du maintien en activité de la maternité de Pithiviers (10 000 habitants) remonte jusqu’au ministre de la Santé en personne sans qu’aucune instance intermédiaire n’ait été capable de la régler au préalable.

Cela étant dit, la complexité du monde politique de la santé est faible en comparaison de celle de son univers professionnel !

LES ACTEURS PROFESSIONNELS

Le premier constat à dresser est purement statistique. Si l'on s'en tient aux principales professions de santé, on dénombre en France aujourd'hui 182 000 médecins inscrits à l'Ordre des médecins, se répartissant en 93 000 généralistes et 89 000 spécialistes. 113 000 d'entre eux exercent leur activité à titre libéral, les autres exerçant à titre hospitalier ou sous diverses autres modalités salariées. Outre les médecins, on dénombre environ 40 000 chirurgiens-dentistes, 54 000 pharmaciens, 12 000 sages-femmes, 345 000 infirmières dont 59 000 infirmières de secteur psychiatrique, 50 000 masseurs-kinésithérapeutes, 12 000 orthophonistes. A ces personnes qui ordonnent les soins ou participent à leur exécution, il faut ajouter un peu plus de 100 000 personnels administratifs, 300 000 aides-soignants et 150 000 personnels techniques qui exercent dans les établissements hospitaliers ainsi que les personnels des 4 000 laboratoires d'analyse médicale. On a ici laissé de côté les salariés de l'industrie pharmaceutique car ils ne côtoient pas le patient, mais il ne faut pas oublier qu'ils réalisent chaque année 100 milliards de francs de chiffre d'affaires.

73

Ces chiffres sont impressionnants, mais on sous-estimerait beaucoup le poids de ces acteurs en s'en tenant à leur nombre. En effet, ce n'est pas d'abord parce qu'elles étaient nombreuses à défiler sous les fenêtres du ministre de la Santé il y a une dizaine d'années, que les infirmières ont obtenu une forte revalorisation de leur rémunération. C'est surtout parce que leur mouvement était populaire en raison du prestige moral considérable dont cette profession jouit dans l'opinion. Au-delà de la profession d'infirmière, le pouvoir politique a toujours craint d'affronter les professions de santé – au premier chef, les médecins – car il redoute son influence, réelle ou supposée, auprès des patients, c'est-à-dire la totalité de la population.

Le regroupement et l'expression de cette masse d'acteurs professionnels se font à plusieurs niveaux.

Le niveau syndical est le mieux connu car de même nature que dans toutes les autres professions. En milieu hospitalier, les personnels administratifs, aides-soignants et techniques sont représentés par les syndicats de salariés traditionnels. Les infirmières, après les grandes grèves de la période 1988-1992, s'estimant peu représentées par ces syndicats, ont constitué leurs propres organisations, mais l'audience de celles-ci demeure faible, sauf exceptions locales.

Le syndicalisme médical, de par son influence, mérite une attention particulière. Les médecins hospitaliers sont représentés par une extraordinaire mosaïque de microsyndicats, chaque spécialité, chaque grade ayant son propre organe, lui-même souvent dédoublé suivant que ses adhérents sont purement hospitaliers ou ont une double appartenance hospitalo-universitaire. Bien que parcellisés à l'extrême, ces syndicats sont puissants et il est rare qu'une nomination ou un avancement s'opère non seulement sans qu'ils aient été consultés, mais qu'ils aient donné leur agrément. Ce pouvoir des syndicats de médecins hospitaliers est d'autant plus remarquable qu'il n'est conforté par aucun texte de droit. Il s'agit là d'une coutume qui a acquis une force largement équivalente à celle de la règle.

74 La situation est différente s'agissant des médecins libéraux car le cadre juridique est tout autre que celui de l'activité hospitalière. En médecine libérale, le cadre de base est contractuel. Ce n'est que lorsque les partenaires professionnels ne parviennent pas à se mettre d'accord sur les conditions d'exercice de la profession que le pouvoir réglementaire est habilité à imposer un règlement minimum (art. L. 162-5/9 du Code de la sécurité sociale). Ce fut le cas à l'été 1998 lorsque, les conventions liant la profession médicale à l'assurance maladie ayant été annulées par le Conseil d'État, le gouvernement dut publier un règlement minimum dans l'attente que les partenaires professionnels trouvent éventuellement un nouveau terrain d'entente.

Ce pouvoir de contracter confère aux syndicats de médecins libéraux une place éminente parmi les acteurs du système de santé. Ils sont quatre ou cinq, suivant les époques, à se partager ce pouvoir. On doute parfois de leur représentativité ; mais celle-ci, qui oscille entre 5 et 15 % suivant les organisations et les époques, n'est pas moins grande que celle des organisations représentatives des salariés. Plus préoccupantes sont leurs divisions, rarement claires, parfois politiques, souvent corporatistes et toujours aiguës, qui rendent difficile la conclusion d'accords conventionnels et quasiment impossible de définir dans le consensus une réforme profonde qu'appelleraient la dérive des dépenses et l'évaluation de la qualité des soins.

Le niveau universitaire est un lieu plus feutré d'influence des médecins. Il est cependant essentiel. C'est en effet par l'intermédiaire des doyens et présidents d'universités de médecine que se négocient, d'une part, les postes d'enseignement hospitalo-universitaires qui sont parmi les plus prestigieux de la profession médicale et, d'autre part, les effectifs des spécialités médicales. Leur influence est telle, ainsi que celle des

syndicats de médecins hospitalo-universitaires avec lesquels ils se concertent, que de nombreux postes de professeurs de médecine continuent d'être pourvus alors que les effectifs de la discipline concernée sont saturés sur le terrain et que les besoins de formation de nouveaux médecins sont moindres qu'autrefois.

A ce niveau universitaire, il faut associer les organismes de recherche médicale qui peuvent être directement rattachés à une université ou constituer une entité indépendante. La plus importante d'entre elles, l'INSERM, contribue à faire avancer les connaissances dans des domaines précis et exerce ainsi une influence certaine sur les orientations de la politique de santé.

Le niveau ordinal est le troisième niveau d'agrégation de certaines professions de santé, notamment les médecins et les pharmaciens. Créé par le régime de Vichy, l'Ordre des médecins a pris place dans le schéma corporatiste de l'époque. Il s'agissait de faire assumer par les pairs les valeurs d'extrême conservatisme officiellement propagées. Ce rôle idéologique a perduré bien au-delà des premières années et l'on a vu l'Ordre défendre des positions que n'auraient pas reniées ses fondateurs lors des débats des années 1960 ou 1970 sur la contraception ou l'interruption volontaire de grossesse, au point que de nombreuses voix se sont élevées pour demander sa dissolution. La crise s'est apaisée au cours des dernières années, notamment grâce à l'action rénovatrice des deux derniers présidents de l'Ordre, qui ont su rapprocher celui-ci de la sociologie moyenne des Français.

75

Un nouveau Code de déontologie médicale a d'ailleurs été publié en 1995, qui témoigne de la prise en compte accrue de préoccupations contemporaines telles que l'obligation faite au médecin de ne pas se livrer à l'acharnement thérapeutique et, à l'inverse, de prendre en charge la douleur du patient. L'Ordre est notamment chargé d'appliquer des sanctions disciplinaires aux médecins qui enfreignent les règles déontologiques. Il use de ce pouvoir qui lui a été délégué par la puissance publique avec modération mais, paradoxalement, de manière moins parcimonieuse que les conseils disciplinaires des médecins hospitaliers publics, qui n'interviennent quasiment jamais alors que les comportements condamnables ne sont pas plus rares que dans le secteur privé.

Le niveau économique est plus difficile à cerner dans la mesure où tous les acteurs ont des intérêts économiques légitimes à faire valoir. On se limitera donc à souligner le rôle de deux intervenants.

L'industrie de la santé occupe une place d'autant plus forte que les progrès scientifiques et technologiques donnent naissance presque quo-

tiennement à de nouveaux moyens thérapeutiques. Elle regroupe de nombreuses activités dont la principale est l'industrie pharmaceutique. Dotée de puissants moyens financiers, celle-ci entretient un partenariat étroit avec le corps médical ainsi qu'avec la presse médicale, et elle est souvent parvenue à convaincre les pouvoirs publics d'autoriser la mise sur le marché de produits dont la valeur ajoutée thérapeutique par rapport à des produits génériques n'était guère démontrée.

76 La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) est un acteur économique fondamental du système puisque l'on peut dire que les 600 milliards qui transitent chaque année par la branche maladie de la Sécurité sociale sont globalement sous sa responsabilité. Elle n'est pas un acteur professionnel au même sens que les précédents, dans la mesure où les professions de santé n'y sont pas représentées en tant que telles. En effet, son conseil d'administration, tel qu'il résulte des dispositions de l'article L 221-3 du Code de la sécurité sociale issu de la réforme Juppé, comprend à parité des représentants syndicaux des assurés sociaux et du patronat ainsi que quelques personnalités qualifiées et des représentants de la mutualité française.

Sa situation juridique est complexe. En qualité d'établissement public, la CNAM n'exerce pas d'autorité hiérarchique sur les caisses locales, établissements de droit privé, mais elle centralise l'ensemble des opérations de ces caisses et dispose à leur égard – comme à celui des médecins prescripteurs et des assurés – d'un pouvoir de contrôle. De même, la loi lui confère la compétence de négocier et signer avec les syndicats représentatifs des professions de santé des conventions qui définissent les conditions d'exercice de ces professions et les modalités de prise en charge des dépenses de santé des assurés ; mais les dispositions de ces conventions n'entrent en vigueur qu'après avoir été approuvées par arrêté ministériel.

La CNAM est ainsi l'épicentre de la gestion du système assurantiel, mais son autorité n'est totale ni à la base ni au sommet. Elle personnalise en quelque sorte la voie moyenne française de gestion des affaires médicales. Ni voie anglaise d'une nationalisation du système, ni voie allemande d'une cogestion régionale et professionnelle, la voie française mélange la participation des syndicats de salariés et de patrons, la contractualisation avec les professions de santé et la réglementation gouvernementale. Par temps calme, cette complexité a le mérite d'attribuer une part de pouvoir à chacune des composantes du système. Lorsque celui-ci appelle des réformes énergiques, la dilution des responsabilités contribue à aggraver son entropie congénitale.

On ne peut clore la liste des acteurs professionnels sans y ajouter deux nouveaux venus.

Les associations qui œuvrent dans le domaine de la santé ont pris un essor à la mesure de son développement économique. Ce domaine qui touche à la maladie et à la mort est presque par nature un lieu où s'exercent les préoccupations humanitaires, au sens premier du terme. On n'oublie pas que, jusqu'aux années 1960, le personnel religieux fut une forte composante des professions hospitalières. Leur déclin a laissé place à de multiples activités associatives dont certaines exercent une grande influence. Par exemple, la Ligue nationale contre le cancer gère un budget de plusieurs centaines de millions de francs qui participe de manière significative au progrès de la recherche. Plus récemment, des associations ont su utiliser la force du média audiovisuel pour catalyser des énergies et des ressources financières au bénéfice de cibles sanitaires majeures. C'est ainsi que l'Association française contre les myopathies a eu l'idée du téléthon dont le succès a contribué pour beaucoup au programme de déchiffrement du génome humain et a ainsi ouvert la voie à des progrès considérables dans la connaissance de certaines maladies génétiques.

77

Enfin, *les juges*, dans ce domaine comme dans beaucoup d'autres, sont devenus des acteurs qui comptent. Sans atteindre la psychopathie procédurière américaine, la situation française est marquée par une croissance continue des contentieux médicaux individuels engagés aussi bien devant le juge judiciaire que devant le juge administratif. A ce type de contentieux s'ajoute désormais le contentieux du risque sériel, lorsqu'une affection ou un accident thérapeutique touche un grand nombre de personnes.

LES ACTEURS MÉDIATIQUES

On donnerait aujourd'hui une fausse idée des acteurs de la politique de santé si l'on omettait de mentionner le double rôle des médias.

Les médias exercent d'abord un rôle d'acteur direct. Il est joué par trois catégories d'organes de presse :

- La presse scientifique, principalement d'origine anglo-saxonne, par la qualité de ses publications, exerce une influence intellectuelle considérable sur les orientations prises par les responsables de la santé publique.

- La presse professionnelle, proche de certains syndicats et des milieux industriels, pèse d'un poids certain dans la défense des intérêts des professionnels de santé.

– La presse grand public spécialisée dans le domaine de la santé joue un rôle pédagogique d’autant plus important auprès de la population que son audience est en augmentation constante. Plusieurs magazines de santé diffusent ainsi entre 100 000 et 500 000 exemplaires. Certaines émissions jouent le même rôle à la télévision.

78 Les médias exercent également un rôle indirect en ce qu’ils sont utilisés ponctuellement par certains groupes pour sensibiliser l’opinion à une cause particulière. On a déjà cité l’exemple du téléthon qui mobilise chaque année plusieurs millions de téléspectateurs au service de la lutte contre les maladies génétiques. Une autre technique, utilisée par des associations telles que Act’up, est celle de manifestations spectaculaires, voire de provocations, destinées à attirer l’attention des médias sur une cause jugée urgente. Cette technique peut atteindre son objectif, qui est de réorienter la politique de santé vers la résolution du problème soulevé. Mais elle peut aussi avoir des effets pervers en laissant quelques poignées de militants déterminés survaloriser un problème par rapport à d’autres qui n’ont pas su ou pas voulu attirer sur eux le parfum du scandale médiatique. Ainsi, les principales causes de mortalité en France – les affections cardiovasculaires et les cancers – bénéficient de la part des médias d’une attention moindre que celle suscitée par les bruyants propagandistes de causes aussi douloureuses mais statistiquement moins répandues.

Les acteurs de la politique de santé forment donc un puzzle d’une rare complexité, ce qui explique pour une part la difficulté que rencontre tout gouvernement à introduire un peu plus de rationalité dans la gestion du système.

R É S U M É

La politique de santé met directement en jeu 10 % de la richesse nationale et plus d’un million et demi d’emplois. Ses acteurs sont nombreux et appartiennent principalement aux univers politique, professionnel et médiatique. La complexité des compétences et des zones d’influence rend difficile toute rationalisation du système.

PROGRÈS DE LA MÉDECINE ET ÉCONOMIE DE LA SANTÉ : FAUT-IL LIMITER LES DÉPENSES MÉDICALES ?

L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ est dominée par un thème majeur qui fait l'objet d'un consensus partagé par la majorité des économistes et des membres de la classe politique¹ des pays occidentaux, y compris les États-Unis : il faut contrôler les dépenses de santé et rendre leur croissance compatible avec celle de l'économie. 79

Ce point de vue, le plus souvent présenté comme une « évidence » implicite, pourrait être qualifié de contribution de la majorité de mes confrères, et de moi-même, à la « pensée unique », d'autant plus qu'il est paradoxal à plus d'un titre. En effet, pourquoi considérer, dans un pays donné, que quand l'achat de biens (automobiles, ordinateurs personnels, téléphones portables...) ou de services (assurances, voyages...) augmente, et avec eux la richesse nationale, le bien-être de la société et de ses membres s'en trouve accru, alors que ce ne pourrait pas être le cas du secteur contribuant le plus directement à ce bien-être, et de ce fait le plus noble, permettant à la très grande majorité d'entre nous de vivre plus vieux tout en restant le plus longtemps possible en pleine possession de ses moyens ? Pourquoi la croissance des dépenses de santé doit-elle être assimilée à une charge collective supplémentaire, alors que les services et industries de santé contribuent aussi à la richesse nationale en produisant de la valeur ajoutée ?

La réponse immédiate à ces questions consiste à constater que les services de santé sont financés par les cotisations sociales et l'impôt, ce qui n'est pas le cas de l'automobile ou des vacances, et que c'est à l'évidence la nature du financement qui conduit à les qualifier de charge

1. Tout au moins quand on regarde leurs actes et non pas leurs déclarations.

collective. Il suffirait donc de financer les dépenses de santé par des assurances privées, choisies par chaque Français, pour que les labels de « charge », de « prélèvements obligatoires », aux connotations négatives, disparaissent et que soient associés aux dépenses de santé des concepts économiques plus positifs : on ne parlerait plus que de « valeur ajoutée », dans un secteur « en pleine expansion » contribuant à la « croissance de l'économie » et au « bien-être de la population ». Pourquoi ne pas franchir ce pas alors qu'il semble si simple ?

80 Cette question est d'ailleurs souvent posée par les médecins, qui ont un point de vue de nature différente. Pour eux, il importe d'abord de répondre à la demande de leurs malades en leur donnant accès aux meilleurs outils diagnostiques et thérapeutiques, tout en étant justement « honorés » compte tenu de leur expertise, de leur responsabilité, des contraintes de leur fonction et des longues années d'études qui réduisent d'autant leur vie active. Les dépenses de santé sont donc ce qu'elles sont. Les médecins ne répondent-ils pas aux « besoins » de leurs patients, en les faisant bénéficier des dernières et spectaculaires découvertes de l'industrie biomédicale, en les traitant avec humanité et, quand cela s'impose, en les accompagnant jusqu'au dernier souffle ? Contribuant au bien-être de leurs malades, atténuant leur souffrance, favorisant leur autonomie, il leur paraît aussi scandaleux qu'absurde de réduire les dépenses de santé et, si l'assurance maladie n'a pas d'argent, pourquoi alors ne pas privatiser tout ou partie du financement des dépenses de soins ?

La Sécurité sociale a été créée il y a plus de cinquante ans, ce qui représente plus de deux générations. Les raisons qui ont conduit à instaurer ce qui, à l'époque, était considéré par la très grande majorité comme un véritable progrès social ont été depuis oubliées, sauf par les plus démunis. Les bénéfices de la couverture sociale apparaissent comme « naturels », ses effets ne sont donc plus perçus et l'assurance maladie obligatoire apparaît aux yeux d'un nombre croissant de nos concitoyens comme un archaïsme désuet, à ranger dans la même catégorie que la nationalisation des banques ou des entreprises industrielles. Il nous a paru utile, tant qu'il en était encore temps, de tirer partie non seulement des idées des fondateurs, mais aussi de cinquante-cinq années d'histoire française et internationale pour souligner l'importance, non seulement sociale, mais aussi économique, d'un financement collectif des dépenses de santé. Il nous a également semblé intéressant de chercher à savoir s'il était logiquement possible de trouver des mécanismes qui concilient le point de vue du corps médical et celui de l'équilibre des finances publiques. Faut-il plafonner les dépenses de santé et, si oui,

pourquoi ? Si ces dépenses sont plafonnées, comment rendre compatibles cette limitation et la nécessaire émulation, pour ne pas dire concurrence, des professionnels, des industriels et des institutions de santé et, ce faisant, contribuer à leur efficacité ?

« PRÉLÈVEMENT OBLIGATOIRE »

Soulignons tout d'abord que les conventions comptables permettant de définir la notion de « prélèvement obligatoire » sont teintées d'un arbitraire qui n'a rien d'innocent et qui camoufle une idéologie aux conséquences politiques très concrètes. La notion de prélèvement obligatoire regroupe ce que l'État, au sens large du terme, prélève pour le fonctionnement des activités régaliennes : police, justice, armée... et ce qu'il collecte pour le redistribuer ensuite : retraites, allocations familiales, dépenses d'assurance maladie, RMI... ou pour offrir à toute la population des services gratuits : notamment l'éducation.

81

A l'évidence, l'argent collecté pour faire vivre l'État et celui destiné à donner une traduction concrète du terme de solidarité devraient être classés dans des catégories distinctes. L'affectation de l'argent public reflète les différences dans l'organisation sociale des pays occidentaux, elles sont souvent profondes. Il faut avoir vécu en Amérique du Nord pour savoir que, dès la naissance d'un enfant, ses parents mettent de l'argent de côté pour pouvoir payer ses études et que, même si les bourses existent, certains parents n'arriveront pas à offrir à leurs enfants l'éducation à laquelle ceux-ci pourraient prétendre. En outre, si aux États-Unis toute entreprise de plus de vingt-cinq salariés est tenue d'offrir à ses employés une assurance maladie, cette dépense imposée n'est pas comptabilisée dans les prélèvements obligatoires, pas plus que ne l'est l'assurance automobile en France, « obligatoire » pour tous les propriétaires d'un véhicule à moteur. Ayant, dans ces deux cas, le choix de l'assureur, ces dépenses sont considérées, par convention, comme des dépenses « marchandes » et ne font donc pas partie des prélèvements obligatoires. Peu importe alors, quand on cherche à remettre en cause la solidarité nationale, qu'il coûte effectivement plus cher à une entreprise américaine de payer l'assurance maladie de ses employés qu'à une entreprise française de cotiser au régime maladie de la Sécurité sociale, puisqu'en ayant changé de catégorie comptable le dogme de l'économie libérale est respecté. C'est à la lumière de ces définitions arbitraires qu'il convient de réinterpréter l'apparente « bonne performance » des États-Unis (30 % de prélèvements obligatoires) et la performance plus

« médiocre » de la France (plus de 46 %), que l'on retrouve en compagnie des pays d'Europe du Nord pour son niveau de prélèvements.

Il peut paraître surprenant pour les idolâtres de la concurrence de constater qu'aux États-Unis non seulement les mécanismes de marché n'ont pas permis de réduire les dépenses de santé, mais encore que les indicateurs de santé le plus souvent utilisés, comme l'espérance de vie à la naissance, placent ce pays au dix-septième rang des pays occidentaux, très loin derrière le Japon et les pays de l'Union européenne.

LES COÛTS DU MARCHÉ

82 Plus généralement, et contrairement à ce que laisserait prévoir une analyse économique simpliste, plus les habitants d'un pays contribuent directement au financement de leurs dépenses de santé, plus le système est onéreux. Il est, de surcroît, inéquitable, mais la justification de ce dernier qualificatif est plus facile à comprendre car, quel que soit le niveau auquel se situent les primes, il y aura toujours une partie de la population qui ne pourra pas les payer et qui, n'étant pas couverte, n'aura pas accès au système de soins, d'où la création aux États-Unis d'un système de financement spécifique pour les plus démunis : le programme Medicaid.

Le marché n'existe pas pour les insolubles ; il n'y a pas non plus de marché de l'assurance quand le risque a une occurrence quasi certaine, comme c'est le cas des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans. Le marché ne va donc concerner qu'une partie de la population, celle qui est en activité, qui a un emploi et entre vingt et soixante ans. Or, à cet âge, les dépenses de soins sont en moyenne beaucoup plus basses que celles d'une population, toutes classes d'âge confondues. La consommation de soins suit en effet une courbe dite « en J », les soins médicaux, et donc les dépenses qui y sont associées, concernant surtout les enfants de moins de trois ans et les personnes de plus de soixante ans. Les soins coûtant donc, en moyenne, moins cher pour les actifs, il est possible de proposer aux membres de ces classes d'âge soit une baisse de cotisation, soit une meilleure couverture, soit, le plus souvent, les deux à la fois. Qui n'accepterait d'être mieux couvert à un meilleur prix ? Cette meilleure couverture se traduit toujours par une meilleure rémunération des médecins, des hôpitaux ou cliniques, et donc par une augmentation du coût des facteurs de production, très largement compensée par la baisse du niveau de risque. Mais il est politiquement intenable, sur une longue période, de rémunérer différemment les médecins des riches et

ceux des pauvres, ou ceux des actifs et ceux des inactifs ; les prix des uns rattrapent donc un jour ceux des autres : ils augmentent et, avec eux, le coût du système et des programmes sociaux qui pèsent alors d'un poids de plus en plus lourd². Dans ces conditions, c'est le marché lui-même qui nourrit l'inflation et l'exclusion. Les États cherchent alors à le régler en interdisant toute discrimination due à l'âge ou au fait que l'on soit atteint de telle ou telle maladie. Ils imposent de par la loi la définition d'une couverture minimale et, en réduisant la concurrence, condamnent l'intérêt qui pourrait résider dans le recours au marché.

Enfin, il faut rappeler que l'existence de financeurs concurrents et multiples augmente très sensiblement le coût de la gestion de l'assurance maladie : s'il représente 2 % au Canada, il est de 5,6 % en France (nous avons plusieurs régimes obligatoires) et de 18 % aux États-Unis³. Compte tenu de ces coûts de gestion américains, il faudrait, si un tel système était institué en France, que les compagnies d'assurance fassent plus de 13 % d'économies sur les dépenses de soins (médecins, hôpitaux, cliniques, médicaments...), ce qui représente plus de 80 milliards de francs, pour offrir un service comparable à celui financé par la Sécurité sociale. Qui peut croire que ces assureurs réduiraient d'abord les honoraires des médecins ? Si c'était réellement le cas, ils n'en trouveraient aucun avec qui contracter. Les dépenses augmenteraient donc.

La description de ces mécanismes, succinctement résumés, n'est pas le fruit des réflexions d'un intellectuel en chambre, mais les conclusions partagées des observateurs des systèmes de santé nord-américain et européens⁴. Cette analyse explique les différences empiriques constatées et permet de comprendre pourquoi le Canada, qui a décidé d'instaurer un système d'assurance maladie universelle en 1980, atteint aujourd'hui un niveau de dépense très inférieur à celui des États-Unis

2. Un mécanisme économique analogue s'est déclenché au moment de la privatisation de TF1 : les journalistes et les animateurs y étant mieux rémunérés que dans les chaînes publiques, leurs confrères se sont mis en grève et ont alors obtenu une augmentation de leur rémunération ou échappé au salariat en créant des sociétés qui contractent avec les chaînes publiques. Le coût global s'en est trouvé accru pour le bénéfice des uns et la plus grande tristesse de tous les autres, qui paient la redevance.

3. Quand on y ajoute le bénéfice des compagnies d'assurance ou des réseaux HMO (*Health Maintenance Organizations*), ce coût peut s'élever jusqu'à 27 %.

4. Robert C. Evans, *Strained Mercy. The Economics of Canadian Health Care*, Montréal, Butterworth, 1984 ; Theodore Marmor *et al.*, *America Misunderstood Welfare State : Persistent Myths, Continuing Realities*, New York, Basic Books, 1992 ; G. H. Okma, « *Studies in Dutch Politics, Policies and Law* », Ph. D, université d'Utrecht, faculté de médecine, 1997.

et n'a pas, dans ce domaine, d'exclus, alors que ses indicateurs de santé le placent parmi les trois premiers pays du monde, ce qui est loin d'être le cas de son grand voisin du sud. La cause devrait donc être entendue, si seule comptait l'interprétation des faits empiriques, mais l'idéologie qualifiée de « libérale⁵ » du corps médical rejoint en apparence un libéralisme, cette fois réel, des entreprises d'assurance qui voient là leur marché d'avenir. Il serait trop tard, le moment venu, pour invoquer la méprise entre deux acceptions fort différentes du libéralisme.

AVEC LA CARTE GÉNÉTIQUE...

84 Quelle que soit l'importance de ces arguments chez ceux qui sont encore sensibles au raisonnement scientifique, le dernier thème que nous allons évoquer risque de trouver plus d'écho dans la presse et l'opinion que ceux que nous venons d'aborder. Vraisemblablement, d'ici à une dizaine d'années, du fait des progrès de la recherche en génétique, chaque être humain pourra connaître les maladies qu'il sera susceptible de contracter tout au long de sa vie. Cette connaissance nouvelle lui permettra de régler son comportement en conséquence, car il ne s'agira pas, sauf exception, de déterminisme mais de risque vraisemblable contre l'occurrence desquels il sera souvent possible de se prévenir. Cette information disponible, même si son obtention coûte plusieurs dizaines de milliers de francs, sera recherchée par le plus grand nombre. Nous souhaiterons tous savoir si nous sommes plus ou moins sensibles aux effets de tel ou tel toxique⁶, si nous sommes porteurs du risque d'être un jour atteint de tel ou tel cancer ou, plus vraisemblablement, d'une maladie cardio-vasculaire. Si l'assurance maladie est financée par le marché, les assureurs demanderont systématiquement cet examen. Ils y seront, de fait, contraints, car l'assuré, connaissant son risque, choisira sinon le contrat qui lui sera le plus favorable et, faute d'information symétrique, la compagnie perdra systématiquement de l'argent sur chaque contrat et sera rapidement conduite au dépôt de bilan. La communication des informations issues de la carte génétique sera donc une des conditions de la signature d'un contrat d'assurance. Les polices varie-

5. Elle ne peut pas l'être au sens économique pour de très nombreuses raisons, mais une seule suffira : l'existence du monopole de cette profession sur l'exercice de la médecine suffit à exclure l'usage de ce terme !

6. Certains êtres humains peuvent vraisemblablement fumer impunément, par exemple, même si la race humaine est, en moyenne, très sensible aux effets pathogènes du tabac.

ront alors selon la classe de risque. Les porteurs de « bons gènes » refuseront de payer pour les autres, moins favorisés par la nature. Il est d'ailleurs peu vraisemblable que cette information se cantonne au seul secteur sanitaire, elle pourrait diffuser très rapidement aux employeurs, aux banquiers... Il nous paraît donc crucial, si nous voulons à la fois bénéficier de cette très importante information et conserver un minimum de cohésion sociale, de maintenir à tout prix un système de financement universel de l'assurance maladie tout en laissant à chacun la liberté de partager ses informations personnelles avec ses seuls médecins.

Soulignons enfin, qu'il s'agisse d'assurance au premier franc ou de délégation de gestion des régimes universels, que les problèmes sont identiques. Même s'il existe, comme en France, une interdiction de principe de sélection des risques, les moyens indirects de sélection des risques ne manquent pas. Il suffit, par exemple, de choisir les entreprises ou les quartiers de résidence pour changer de classe de risque. Une interdiction absolue de sélection qui se traduirait par la création de caisses de compensation réduirait, comme nous l'avons vu, tout bénéfice réel de l'assurance, dont l'essence même est de sélectionner. La privatisation éventuelle de l'assurance maladie, prônée aujourd'hui par certains hommes politiques de la droite parlementaire, n'est pas une solution justifiée par l'expérience européenne ou nord-américaine mais, au contraire, source de problèmes actuels et à venir d'importance politique majeure. Rappelons enfin aux avocats de cette solution que, pour organiser la « boîte noire » que serait un système concurrentiel, il faut imaginer un appareil législatif d'une complexité inouïe dont on n'a pas commencé à concevoir, en France, le premier article.

85

LA TENTATION DU MARCHÉ

Le recours au marché de l'assurance pour financer ou gérer le risque santé ne réduirait pas la charge des entreprises, ce serait très vraisemblablement l'inverse qui se produirait. Cette solution n'a toutefois pas que des inconvénients politiques : elle serait saluée par les cambistes mondiaux, du fait de la baisse automatique des prélèvements obligatoires et de l'ouverture de nouveaux marchés aux entreprises cotées en bourse ; mais ce n'est pas la raison première pour laquelle cette solution n'est plus aujourd'hui impensable en France : elle permettrait au pouvoir politique de transférer à d'autres la responsabilité de négocier avec le corps médical et se sortirait, ce faisant, d'un problème que ni la droite, ni la gauche ne sont parvenues à résoudre depuis plus de soixante-dix ans.

La question de la croissance éventuelle des dépenses de santé n'a d'importance que si le financement est public car, dans l'autre alternative, c'est le marché qui s'équilibre, sans décision externe. Si c'est le Parlement qui prend la décision du niveau des dépenses de soins, il importe de comprendre pourquoi celles-ci ont crû dans le passé et si ces mêmes raisons, ou d'autres, continueront à peser sur les dépenses à venir. Nous ne ferons ici qu'un inventaire succinct, ayant eu l'occasion dans plusieurs ouvrages de traiter de ce sujet⁷, mais rappelons, une fois encore, qu'il n'est pas possible de comprendre la dynamique de croissance des dépenses de santé si on limite l'analyse des services de soins à leur rôle curatif, en oubliant leur rôle humain et social. La médecine n'est pas faite que de techniques, mais aussi et surtout d'hommes et de femmes qui, quand ils le peuvent, soignent et toujours prennent en charge ceux que leurs forces quittent et que la vie abandonne. Ce ne sont pas, comme on le dit trop souvent, les progrès spectaculaires de la médecine qui sont onéreux, mais d'abord le fait que la société ait transféré à des institutions sanitaires et sociales ce qui relevait de la responsabilité des familles.

Les raisons de croissance des dépenses de soins peuvent être classées en deux grandes catégories : d'une part, des raisons universelles au sens où elles se retrouvent dans tous les pays occidentaux et, d'autre part, des raisons plus spécifiquement françaises.

LES RAISONS UNIVERSELLES DE LA CROISSANCE DES DÉPENSES DE SOINS

Parmi les raisons universelles, il convient de citer la disparition des ordres religieux qui composaient encore jusqu'à la fin des années 1950 l'essentiel du personnel d'encadrement des hôpitaux occidentaux ; peu ou pas rémunéré, il ne représentait pas une charge bien lourde pour la collectivité. Tout a changé au début des années 1960 et le personnel hospitalier s'est laïcisé, professionnalisé, et a obtenu des pouvoirs publics une rémunération justifiée par sa formation et ses contraintes. Ce phénomène n'a plus aujourd'hui qu'une valeur historique, il nous permet cependant de souligner que le secteur de la santé est avant tout consommateur de main-d'œuvre et que celle-ci est de plus en plus qualifiée. Les dépenses de soins augmenteront donc, notamment, avec la baisse de la durée du travail et avec la recherche de personnel de plus en plus qualifié.

7. Jean de Kervasdoué, *La Santé intouchable*, Paris, J.-C. Lattès, 1996.

En outre, la charité collective n'est pas séparée de la compassion familiale ou de voisinage par un très grand fossé. Nous avons aujourd'hui le « droit » de faire héberger nos proches dans des institutions sanitaires et sociales quand leur état le justifie. Nous ne le faisons pas tous, loin s'en faut. Je fus ainsi surpris de découvrir que, dans le département du Loiret, seulement 20 % des malades atteints de la maladie d'Alzheimer étaient hébergés dans une institution sanitaire ou sociale⁸ ; 80 % d'entre eux étaient donc pris en charge par leur famille. Qu'arrivera-t-il demain ? Nul ne peut le dire avec certitude, mais il est vraisemblable que le pourcentage de ces malades hébergés en institution augmentera. Une faible variation peut avoir de très lourdes conséquences financières : le coût annuel de l'hébergement d'une personne est de l'ordre de 300 000 francs !

Quand il s'agit de prise en charge, la demande potentielle est quasiment infinie si l'on en juge par l'accompagnement médical qu'offre chaque pays à son chef d'État, surtout quand il est malade. Sans contrainte budgétaire, il serait possible de réserver un tel traitement à chacun d'entre nous. La richesse de la nation n'y suffirait pas. Le rationnement est donc une nécessité quel que soit le niveau de richesse d'un pays.

Les raisons le plus souvent avancées pour expliquer la croissance des dépenses de santé des pays riches n'ont pas été, à tort, celles que nous venons d'indiquer. Les deux « raisons » le plus souvent évoquées ont concerné, d'une part, le vieillissement de la population et, d'autre part, le progrès des techniques médicales. Jusqu'à présent, le vieillissement a bien eu un effet sur la croissance des dépenses de santé, il a toutefois été très limité n'expliquant qu'environ 0,5 % de la croissance annuelle alors que le rythme de croissance des dépenses de santé dépassait d'au moins 3 % la croissance générale de l'économie. Cet impact réel a été, de fait, jusqu'au milieu des années 1990, quasiment négligeable, ce sera moins le cas si la croissance des dépenses de santé suit celle du PIB, même à un rythme de 3 % par an. En outre, le passage à la retraite de la génération du « baby-boom » augmentera sensiblement la proportion de personnes âgées, et donc les frais médicaux. Cet effet ne sera sensible, en France, qu'à partir de 2005.

8. Étude de la société Sanesco pour la Mutualité du Loiret : G. Langlois-Meurine, T. Derville et N. Damageux, « Centre d'habitat et accueil multiservices pour patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés », février 1994.

Pour ce qui est du progrès technique, il se comporte en médecine comme dans les autres secteurs de l'économie : il conduit, d'une part, à des gains de productivité et, d'autre part, il accroît sans cesse le champ du possible, permettant de traiter des maladies qui jusque-là n'étaient pas soignables, seul ce second effet bénéfique est aussi onéreux. Il en est ainsi de l'insuffisance rénale chronique, de certains cancers, des greffes d'organes... Toutefois, rappelons que six mois d'antibiothérapie reviennent beaucoup moins cher et sont infiniment plus efficaces que ne le fut jamais une seule année de sanatorium. Le solde économique de ces deux effets contraires est difficile à mesurer, car il faudrait disposer d'une monographie rigoureuse pour chaque découverte thérapeutique et s'assurer, ce qui est très rarement le cas, que les économies potentielles sont effectivement constatées.

88

En l'absence de preuve directe, il est cependant possible d'affirmer qu'il n'y a pas de déterminisme technique inéluctable à la croissance des dépenses de santé. En effet, nous savons que des pays comme le Japon et les États-Unis, disposant l'un et l'autre des dernières applications de la recherche médicale, ont non seulement des niveaux de dépenses de santé qui varient presque du simple au double, le moins cher (le Japon) présentant par ailleurs les meilleurs indicateurs de santé, mais aussi que le taux de croissance annuel des dépenses de santé a été, au cours des trente dernières années, très différent d'un pays à l'autre. Le marché des découvertes médicales est mondial. Le niveau des dépenses et le taux annuel d'évolution sont éminemment variables.

Ce constat permet simplement d'affirmer qu'il n'y a pas de fonction de production dans le domaine des soins médicaux et que la santé des personnes vivant dans une société déterminée, à une époque donnée, dépend de très nombreux paramètres, dont la qualité et la nature des soins médicaux, sans que cette composante semble être la plus déterminante. Même quand il s'agit de prendre en charge des malades bien précis, de très nombreux facteurs, autres que médicaux, vont jouer un rôle essentiel sur la nature et le coût de cette prise en charge.

Prenons, pour illustrer ce propos, un exemple très médical, celui de l'insuffisance rénale chronique. Les 30 000 Français atteints de cette maladie peuvent être, comme dans les autres pays occidentaux, soit transplantés, soit dialysés par hémodialyse ou dialyse péritonéale. L'hémodialyse peut avoir lieu en centre agréé sous surveillance médicale ou au domicile du patient, le coût variant alors du simple au double. Même si ces différentes techniques de prise en charge ne peuvent pas toujours se substituer les unes aux autres pour un malade donné, on constate des

variations dans les modalités de prise en charge d'une population déterminée qui ne sont pas explicables par l'état clinique des patients : le nombre de greffes de rein varie ainsi du simple au triple d'une région française à l'autre, parce que l'équipe de référence chargée des transplantations est plus dynamique ici que là, que les personnes chargées de demander l'autorisation aux familles de prélever un organe sont mieux organisées et plus motivées, ou que les urologues et les néphrologues entretiennent de meilleurs rapports... En regardant au-delà de nos frontières, on constate que la Norvège réalise, par million d'habitants, de plus nombreuses transplantations que la France parce que ce pays favorise le don de rein chez les membres de la famille de la personne malade⁹ ; c'est aussi le cas au Japon, mais, cette fois, pour des raisons philosophiques. Il y a donc, en proportion, moins de dialysés en Norvège. En ce qui concerne les avantages comparés de la dialyse péritonéale et de l'hémodialyse, pour avoir contribué à l'organisation d'une conférence de consensus sur ce thème¹⁰, il m'apparaît que les différences constatées d'une région française à l'autre s'expliquent en partie par des querelles d'écoles et... le système de rémunération des néphrologues, mieux rémunérés en centre qu'à domicile : certaines équipes proposent donc la dialyse péritonéale à certains de leurs malades, d'autres pas. En prenant ce qui peut être considéré comme un cas d'école par les économistes de la santé, notamment parce qu'il n'y a pas ici de demande induite par l'offre, on constate que la notion de « besoins », chère aux syndicats médicaux, n'a aucun sens opérationnel : le fait de définir cliniquement ces « besoins », c'est-à-dire l'état clinique des 30 000 insuffisants rénaux chroniques français, ne permet pas de déduire les fonds qui vont permettre de les prendre en charge. Même pour cet exemple, très favorable aux tenants de cette notion, il est aisé de constater que des questions philosophiques portant sur le don d'organe, des questions d'organisation dans la collecte des greffons, des questions tarifaires sur le mode de rémunération des médecins, des questions médicales sur l'intérêt de telle ou telle technique, des méthodes de planification (le nombre de postes de dialyse en centre dépend de la carte sanitaire), vont aussi influencer sur la réponse donnée par la société à la demande de ces malades et donc sur les coûts. On pourrait, en France, sans aucun rationnement, abaisser d'au

9. On vit bien, paraît-il, avec un seul rein.

10. Sanesco, avec le parrainage de la Société de néphrologie, conférence de consensus, « La dialyse péritonéale, méthode de traitement de l'insuffisance rénale chronique », Institut du monde arabe, Paris, 3 et 4 décembre 1993.

moins 20 %, soit de 2 milliards de francs, les coûts de prise en charge de la seule insuffisance rénale chronique. Il suffirait de poser la question de cette façon et de s'organiser pour que l'objectif ainsi défini soit rapidement atteint¹¹. Nous l'avons proposé il y a six ans à la CNAM-TS, sans qu'elle soit capable de mettre en œuvre ces propositions.

LES CAUSES FRANÇAISES DE LA CROISSANCE DES DÉPENSES

90 Cet exemple permet de faire la transition entre les causes universelles de la croissance des dépenses de santé et des causes plus spécifiquement françaises. Nous venons de constater une hétérogénéité des pratiques médicales dans le cas de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Or, cette hétérogénéité est la règle et non pas l'exception. Tout indicateur analysé varie d'un médecin à l'autre, d'un établissement à l'autre, d'une région à l'autre, dans des ordres allant toujours, au moins, du simple au triple : qu'il s'agisse des durées moyennes de séjour pour des affections identiques, du revenu moyen par département des cardiologues libéraux, du coût annuel de la prise en charge du cancer du sein par telle ou telle équipe, des budgets d'établissements hospitaliers traitant des malades comparables en nombre et en gravité, du nombre d'appendicectomie, de cataractes ou d'ablation de l'utérus par département, par millier d'habitants et par an¹²..., jusqu'à ce jour, aucune variation de la demande (pour ne pas dire des « besoins ») n'explique ces différences et rien ne dit que plus est toujours mieux ! Il existe même de fortes présomptions pour penser le contraire dans des domaines de grande importance médicale, tel que le traitement du cancer du sein¹³.

Cette hétérogénéité s'explique d'abord par le fait que le système n'est pas contrôlé ou, plus précisément, que s'il existe un contrôle, celui-ci n'est pas approprié. Quand le revenu moyen d'un cardiologue varie de un à trois selon le département d'exercice alors que les tarifs et les

11. Du fait de l'organisation actuelle des services médicaux français, personne ne dispose de la légitimité pour se poser la question de la prise en charge des insuffisants rénaux chroniques dans son intégralité : l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) est compétente pour les postes de dialyse en centre, le ministre de la Santé l'est pour les services de greffe et la nomenclature des actes des néphrologues, les caisses d'assurance maladie le sont pour le tarif des séances de dialyse...

12. Jean de Kervasdoué, *La Santé intouchable*, op. cit.

13. Jacques Rouëssé, « Aspects économiques du traitement du cancer du sein », Centre René-Huguenin, Saint-Cloud, article à paraître communiqué par l'auteur.

nomenclatures sont absolument identiques sur le territoire national, c'est que le volume des actes, jamais contrôlé, n'est pas le même d'un médecin à l'autre : le malade revient plus souvent ici que là, dans un cas il sera réalisé systématiquement, pour chaque malade, un examen échographique et pas dans l'autre... Même si les conséquences collectives de cette situation sont désastreuses, soulignons ici que, pour un économiste, ce comportement est très rationnel. En effet, le médecin libéral, payé à l'acte, et au « secteur 1 » (le secteur conventionné), a pour seule possibilité d'accroître son revenu d'augmenter le volume de ses actes. Il le fait d'autant plus facilement qu'il n'est pas contrôlé et il y est d'autant plus enclin que le prix de la consultation est bas. Il en est de même des examens complémentaires et des médicaments¹⁴ qu'il prescrit : souvent trop nombreux, parfois inutiles si ce n'est dangereux, ils permettent au médecin traitant, en dépit d'une durée brève de consultation (quatorze minutes habillage et déshabillage inclus), d'éviter une erreur grossière. Ces prescriptions généreuses d'examen complémentaires présentent en outre l'avantage de justifier une autre consultation pour interpréter les résultats ! Un médecin généraliste engendre ainsi, de par ses prescriptions, des dépenses qui représentent quatre fois le montant de ses honoraires.

91

Tout cela est le résultat de la guerre de position que se livrent depuis 1928 les représentants du corps médical français et l'assurance maladie. Contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays occidentaux, ce ne sont pas les médecins libéraux qui sont contrôlés par les médecins conseils de la Sécurité sociale, mais les malades. La codification des actes attend depuis dix ans une éventuelle mise en œuvre. Il n'existe pas en médecine libérale de nomenclature française permettant de savoir pourquoi un patient se rend chez son médecin. Il faudrait au moins deux ans pour la tester en s'inspirant des travaux canadiens et allemands ; or les premiers tests n'ont pas commencé. Je fus à l'origine d'une telle codification pour les séjours hospitaliers, opérationnelle en 1985, mais elle n'est généralisée que depuis 1997 et n'est encore que partielle ! Les tarifs opposables de l'assurance maladie ne s'appliquent qu'à une partie du corps médical : celui qui est au secteur 1, soit environ les deux tiers de la profession. La notion d'« acte », considérée comme un des fondements de la médecine libérale, n'a pas évolué depuis soixante-dix ans. Un méde-

14. Pour chaque Français, il est prescrit, chaque année, 20 lignes de médicament par an, contre 14 pour un Allemand et 8 pour un Britannique !

cin est donc honoré de la même façon, que sa consultation dure dix minutes ou une demi-heure, qu'il ait 26 ou 60 ans, qu'il ait ou non suivi des sessions de formation continue, qu'il prodigue ou non des conseils au téléphone (en Allemagne, les avis téléphoniques sont honorés). La notion de « médecin-référent », qui apparaît dans les toutes dernières conventions entre l'assurance maladie et les médecins généralistes, n'est en fait qu'une pâle copie du paiement à la capitation, mode privilégié de rémunération des médecins de première intention en Europe et en Amérique du Nord. La capitation consiste à verser à chaque médecin un forfait annuel pour tout malade qui l'a choisi comme son médecin-référent pour cette année-là. Le patient dispose donc d'un choix équivalent à celui que nous exerçons chaque année pour notre assurance automobile ; avec ce système de rémunération, le médecin est donc poussé à retenir le maximum de patients sur sa liste, mais il n'est pas enclin à augmenter le volume d'actes ou le nombre de consultations. Le revenu annuel des médecins est d'ailleurs supérieur dans ces pays, y compris le Royaume-Uni, à celui des médecins français, et la profession est tout aussi « libérale ». En fait, le corps médical français n'a jamais accepté la légitimité de l'assurance maladie, qui n'a été, pendant plus de cinquante ans, qu'une immense et assez efficace machine à rembourser des feuilles de soins, faute d'avoir été autorisée à, d'avoir voulu ou pu gérer le risque.

92

L'État est en fait omniprésent. La moindre innovation demande le vote d'une loi ou la signature d'un décret par pratiquement tous les membres du gouvernement : n'oublions pas que coexistent de très nombreux régimes de sécurité sociale et que leur tutelle ministérielle s'étend, notamment, du ministère de l'Agriculture à celui des Anciens combattants, en passant par la Fonction publique, sans oublier les Finances et les Affaires sociales. Les ordonnances d'avril 1996 n'ont pas eu les vertus simplificatrices que l'on attendait d'elles parce que le gouvernement a souhaité garder la main sur l'ensemble de la mise en œuvre du moindre sujet technique et se trouve aujourd'hui devoir négocier directement avec tous les spécialistes libéraux, puisqu'ils n'ont pas signé de convention avec l'assurance maladie. Faute d'experts suffisamment nombreux, ils sont moins de dix fonctionnaires affectés à temps plein à ces quelques centaines de milliards de francs et l'État est tout à fait incapable, aujourd'hui, d'exercer ce type de responsabilités, quels que soient la capacité de travail et le nombre des membres des cabinets ministériels.

Le système n'est toujours pas régulé, pas géré, et son déficit cumulé de l'année 1999 dépassera certainement 20 milliards de francs. Je pense donc qu'il vit ses dernières heures, pour des raisons de politique

économique : entrée dans l'euro, fin de l'inflation, financement des retraites, et du fait de l'importance des dépenses de soins médicaux en France. Le gouvernement, comme ceux qui l'ont précédé, a trop attendu pour finalement intervenir avec le succès que l'on a pu constater, après l'annulation par le Conseil constitutionnel des deux articles majeurs de la loi de financement de la Sécurité sociale. Il sera contraint d'agir au plus tard à l'automne 1999.

Avant d'esquisser ce que pourraient être les principes d'une réforme stable et acceptable par le corps médical et la population, revenons à notre question d'origine sur la nécessité éventuelle de baisser, de maintenir ou de faire croître les dépenses de santé.

GAINS DE PRODUCTIVITÉ

93

Les variations de pratiques médicales, sans démonstration concomitante de l'amélioration simultanée de la qualité des soins, laissent à penser qu'il y a dans notre système, aujourd'hui, d'importants gains potentiels de productivité. Cette opinion est d'ailleurs corroborée par le fait que des pays, tels que le Danemark, qui ont des indicateurs de santé tout à fait comparables aux nôtres réalisent cette performance avec proportionnellement beaucoup moins d'argent : si nous dépensions comme les Danois, nous économiserions plus de 170 milliards par an de cotisations maladie ! Quand, avec d'autres, nous suggérons de limiter, pour l'instant, la croissance des dépenses de santé, nous ne faisons donc pas un jugement de valeur sur la contribution économique du secteur des soins médicaux à la richesse nationale, mais nous évaluons sa productivité pour le moins très incertaine. Il est d'ailleurs surprenant de constater que les gouvernements successifs se laissent prendre par la nécessité d'avoir à justifier leur apparente rigueur, alors que le corps médical n'est pas toujours capable de rendre compte de la bonne utilisation des sommes qui lui sont allouées. Je suggère depuis plus de vingt ans de renverser la charge de la preuve¹⁵ : c'est au corps médical d'expliquer pourquoi il est nécessaire, dans certaines circonstances, d'accroître les moyens qui lui sont alloués pour prendre en charge telle ou telle catégorie de malades. Les exemples abondent pour justifier ce point de vue : beaucoup de services de long séjour ne disposent pas d'un encadrement médical et infirmier suffisant ; il est stupide de limiter, dans

15. Jean de Kervasdoué, « Les politiques de santé sont-elles adaptées à la pratique de la médecine ? », *Sociologie du travail*, n° 3, 1979.

certains hôpitaux, l'achat de cristallins artificiels alors que le malade pourra obtenir cette très utile prothèse en se faisant soigner dans une clinique privée ; l'acte du médecin généraliste en secteur 1 n'est pas suffisamment honoré ; la rémunération des médecins hospitaliers publics ne tient pas assez compte des responsabilités et de l'expertise de certains praticiens, les exigences nouvelles en matière de sécurité ne sont pas toujours financées... *A contrario*, pourquoi payer trois fois plus cher une prothèse totale de hanche dans l'établissement A que dans l'établissement B sans que l'on puisse connaître leur qualité respective ? Pourquoi les autoprescriptions¹⁶ des médecins ne sont-elles jamais contrôlées en France ? Pourquoi délivre-t-on des ordonnances de plus de cinq ou six médicaments alors que les interactions médicamenteuses deviennent vite, à ce niveau, incontrôlables ? Pourquoi la politique à l'égard des génériques ne passe-t-elle pas encore dans la pratique quotidienne ? L'on n'arrive toujours pas à trouver dans les pharmacies de France le générique de l'anti-herpétique le plus souvent prescrit ; il coûte pourtant 30 % de moins que le leader du marché. Certes, d'importantes restructurations hospitalières sont en cours, mais se font-elles à un rythme suffisant pour pouvoir affronter à partir de 2005 la crise annoncée du financement de la protection sociale¹⁷ ?

UN SYSTÈME BLOQUÉ

Toutes ces questions, évoquant une sur- ou une sous-consommation des ressources du système de santé, permettent d'étayer sa désorganisation et l'inadaptation des règles économiques qui le gouvernent. Il est notoirement impossible de juger de la nature et de la qualité du service rendu, ce qui ne veut pas dire que la qualité soit nécessairement mauvaise, mais qu'elle est simplement inconnue. Le contexte actuel est en outre socialement dangereux : le corps médical se sent globalement remis en cause, sans repère, sans leader unanimement reconnu. Il craint, à juste titre, les nouvelles responsabilités qui lui incombent du fait de

16. On entend par « autoprescription » toute consultation, tout examen complémentaire réalisé à la demande d'un médecin et dont il retire un bénéfice financier. L'autoprescription la plus fréquente est la programmation par le praticien d'une consultation ultérieure. On sait que le nombre de fois où des médecins de la même spécialité, ayant des clientèles comparables, font revenir leur malade, varie dans de très larges proportions. L'autoprescription peut aussi être la réalisation d'un examen complémentaire remboursé par la Sécurité sociale, tel qu'une échographie, quand le médecin possède dans son cabinet médical l'appareil permettant de le réaliser.

17. Jean de Kervasdoué, *Fractures médicales*, Paris, Gallimard, 1999.

l'évolution de la jurisprudence touchant à la notion de risque thérapeutique. En médecine libérale, ses représentants syndicaux, à l'exception de ceux de « MG France », se replient sur leurs positions traditionnelles. Les « grands patrons » hospitaliers n'ont pas de porte-parole. Les syndicats des médecins des hôpitaux sont faibles, trop nombreux et sans moyens d'expertise. L'industrie pharmaceutique, quand elle le peut, investit à l'étranger et y déplace, sans bruit, ses centres de décision. Le gouvernement réduit, pour l'essentiel, sa politique à un taux de croissance des dépenses remboursées par l'assurance maladie, sans avoir le moyen de le faire respecter et laissant chacun sans perspective, sans visibilité sur la nature et la durée de l'effort à accomplir. Or, il n'est pas possible de construire une politique de santé avec l'appui de seulement 10 % du corps médical, et ce n'est pas en établissant des mécanismes aveugles de reversement d'un éventuel déficit qu'on l'incitera à se mobiliser. Notre organisation passée nous conduit à la crise et à la faillite ; à vrai dire, nous avons déjà les deux et nous sommes sans perspective, sans boussole pour traverser cette période de gros temps. Si la France n'est pas le seul pays occidental à vivre douloureusement l'évolution de son système de santé, ailleurs il évolue, même si c'est dans la douleur, alors que chez nous il se bloque comme un vieux trente-trois tours rayé, reprenant inlassablement les mêmes mesures.

95

La médecine a changé du fait de l'abondance des découvertes diagnostiques et thérapeutiques. Chaque mois sont publiés dans les revues à comité de lecture plus de 20 000 nouveaux articles. Qui peut les lire tous ? L'arsenal thérapeutique à la disposition de chaque médecin est impressionnant par sa force, son volume et sa diversité ; aucun praticien ne peut en assurer seul la maîtrise et c'est pourquoi l'on assiste partout à une spécialisation accrue du corps médical et à un contrôle de l'accès direct de la population à certains de ces spécialistes.

LE RECOURS AUX RÉFÉRENTIELS

Les modes de régulation qui se mettent en place à l'étranger s'inspirent d'abord du principe de l'*evidence based medicine*. L'idée est simple : pour soigner une pathologie déterminée, la collectivité, ou l'assureur, limite son remboursement des soins prodigués aux seules méthodes diagnostiques et thérapeutiques dont l'efficacité a été démontrée. Sa mise en œuvre est plus complexe, même si on peut la décrire simplement : il suffit, pour chaque type de maladie, de construire un référentiel « idéal », compte tenu des connaissances du moment, et de comparer les théra-

peutiques réellement prescrites à cet idéal. Les divergences éventuelles ne sont jamais interdites, mais doivent toujours être justifiées. Cette idée n'est pas totalement nouvelle : les grands services hospitaliers travaillent depuis longtemps en utilisant des protocoles mondiaux. Ce qui change depuis une dizaine d'années, c'est que cette pratique s'étend à la médecine de ville et que les remboursements des soins en dépendent. Il existe aujourd'hui un marché mondial des référentiels, auquel la France contribue par ses chercheurs et, plus modestement, par son Agence nationale chargée de cette tâche : l'ANAES. Aucun pays ne peut d'ailleurs suivre seul, en permanence, l'évolution de toutes les thérapeutiques, mais chaque caisse d'assurance maladie doit pouvoir choisir, parmi ceux qui existent, ses référentiels et être capable de justifier médicalement son choix en s'appuyant sur l'avis des meilleurs spécialistes médicaux consultés à cette occasion. Bien entendu, il n'est pas possible de couvrir, par ces méthodes, l'ensemble du champ de la médecine. Il suffit de commencer par les plus fréquentes et les mieux codifiées ; 50 % des admissions des cliniques privées sont dues à une petite vingtaine de « pathologies » ; les interactions médicamenteuses sont facilement détectables à l'aide de logiciels du marché.

Dans certains cas, ces méthodes ne sont toutefois ni appropriées ni souhaitables. Elles ne sont pas appropriées quand le rôle de l'équipe médicale est avant tout un rôle d'accompagnement, comme dans le cas des soins palliatifs – le fondement des soins est alors fonction du point de vue que la société a, notamment, de la dignité de la personne humaine. Elles ne sont pas souhaitables pour toutes les consultations ou visites du médecin-référent, car il me paraît important de pouvoir non seulement laisser un certain flou au dialogue médecin-malade, mais il me semble aussi nécessaire d'accepter de rembourser des consultations sans cause médicale clairement identifiée : il n'y a pas toujours de raison médicale et, quand il y en a, elle n'est pas toujours identifiable. De toute façon, le coût de l'ensemble des consultations ne représente qu'une très faible part des dépenses de santé. Ces limites connues ne sont pas, à l'étranger, un frein à leur diffusion. La légitimité de l'action des professions de santé est certes humaniste, mais aussi et surtout, pour les soins onéreux, scientifique. Il s'agit donc de vérifier si les pratiques sont en conformité avec les dernières découvertes des chercheurs du monde entier ; trente années passées dans ce secteur me démontrent chaque jour que cette vérification n'a rien de superflu.

Ces techniques sont aujourd'hui bien connues et mises en œuvre depuis plus de dix ans en Amérique du Nord. Elles se regroupent, sur

ce continent, sous le vocable de *managed care*. Leur efficacité n'est plus à prouver, mais leur utilisation, associée à un financement privé à but lucratif, a conduit à de violentes réactions de l'opinion. Elles furent souvent prises en compte par les législateurs des nombreux États de l'Union pour que, derrière la recherche d'efficacité, ne se cache pas, de fait, un rationnement à but très lucratif.

SIMPLIFIER, RÉGIONALISER

La seconde inspiration des réformes récentes dans les pays occidentaux consiste à rechercher des méthodes qui rendent compatibles, d'une part, le plafonnement des dépenses et, d'autre part, des mécanismes concurrentiels : il s'agit alors de « quasi-marché ». Cette recherche vient notamment de l'analyse des échecs des techniques de planification. En France, en particulier, ces techniques sont nombreuses et leur efficacité incertaine¹⁸. La carte sanitaire, par exemple, n'a jamais réussi à réduire les inégalités géographiques de notre pays. En outre, on peut s'interroger sur l'utilité de ces méthodes ; alors que les dépenses hospitalières sont plafonnées pourquoi faut-il aussi limiter les moyens physiques ? Pourquoi empêcher un hôpital d'acheter un scanner s'il le juge utile, alors que les dépenses induites n'augmenteront pas par définition ? Enfin, le coût politique de la planification est toujours élevé car, contrairement aux mécanismes de marché, la main de l'État y est très visible. L'efficacité, en France, de la méthode de régulation des cliniques privées a démontré, par contre, que des mécanismes économiques aboutissaient, en quelques années, à d'importants redéploiements entre le nord et le sud de la France que vingt ans de carte sanitaire n'avaient pas ébauchés.

Depuis le début de cette décennie, l'État l'emporte nettement sur le marché dans l'inspiration des politiques françaises de santé, y compris quand la droite parlementaire est au pouvoir. Les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) organisent le partage du marché hospitalier plus qu'ils n'arbitrent, ou n'organisent, l'émulation entre établissements de santé. Il faut dire qu'ils n'ont pas de compétence sur les règles de marché, alors qu'ils en ont de très réelles sur la tutelle de leurs établissements, devenant, de fait, les patrons du holding régional des établissements de santé. Au même moment, au Royaume-Uni, la concurrence s'organise par l'intermédiaire des médecins généralistes, qui cher-

18. Id., *La Santé intouchable*, op. cit.

chent à obtenir des hôpitaux, pour leurs malades, le meilleur rapport qualité-prix.

98 Regarder au-delà de nos frontières ne suffit cependant pas, car la France est confrontée à des problèmes spécifiques. Si l'on veut, comme je le juge souhaitable, maintenir une forte solidarité entre les habitants de notre pays et éviter la solution de la privatisation du financement (et non pas de la production de soins), il faudra des règles du jeu stables et des responsabilités claires et compréhensibles. Nous en sommes loin. Le Parlement vote les dépenses remboursées de l'assurance maladie. Le gouvernement dispose de la maîtrise des dépenses remboursables, dont il assure une partie de la tutelle et délègue l'autre aux caisses d'assurance maladie. Les dépenses remboursées sont réparties entre les différents régimes de sécurité sociale, mais cette enveloppe est aussi découpée par nature de dépenses : hospitalisation publique, hospitalisation privée, honoraires des généralistes, honoraires des spécialistes, dont sont exclus les biologistes qui disposent d'une enveloppe particulière, honoraires des infirmières libérales et des autres professions paramédicales, médicaments, produits et biens médicaux... Une partie de ces dépenses est en outre affectée par région. Les départements interviennent dans la politique sociale, complément indispensable et éminemment variable de la politique sanitaire. Or, le système d'information statistique et comptable est aujourd'hui incapable de suivre cette complexité : le rapport de la Cour des Comptes n'a pas pu produire le montant des dépenses de médecine de ville financées par le régime agricole et celui des travailleurs indépendants¹⁹ ! Il s'agit pourtant de plusieurs dizaines de milliards de francs. Qui peut prétendre gérer quoi que ce soit sans disposer de tels chiffres ?

Le maillon fragile de ce dispositif me paraît être aujourd'hui, d'abord, le partage entre les différents régimes de sécurité sociale, dont la diversité n'a plus de sens et dont la légitimité est de plus en plus ténue. Ils entreront en concurrence ou fusionneront avant 2015. Dans l'hypothèse de la fusion, on pourrait enfin envisager une régionalisation de la gestion avec une véritable responsabilité politique pour l'institution qui en aura la charge, même si le financement devra rester pour l'essentiel national. Cette responsabilité pourrait être assurée, non pas par l'exécutif régional actuel, mais par une institution créée à cet effet : y seraient représentés les départements afin de mieux coordonner les liens entre le secteur sanitaire et le secteur social, mais aussi les forces

19. Cour des Comptes, « La Sécurité sociale », septembre 1998, et les éditions des journaux officiels.

économiques sociales et les usagers, par le biais du choix de leur assurance complémentaire en passe aujourd'hui d'être généralisé.

Il n'est pas dans notre intention de rentrer ici dans le détail de ces propositions, mais de souligner que des responsables plus proches de leurs concitoyens amélioreraient, faute de marché, l'arbitrage entre recettes et dépenses. Ce modèle n'est pas une pure vue de l'esprit : il existe en Suède. Le système canadien n'est pas géré par une institution *ad hoc* mais par le gouvernement des provinces ; hormis cette importante nuance, il est assez proche de cette conception. Les Canadiens ont choisi de baisser leurs dépenses. Ils y arrivent et sont aujourd'hui moins chers et plus efficaces que les Français.

Mais le point central de toute réforme à venir me paraît être le suivant : la France doit trouver un accord avec sa profession médicale. La croissance, puis l'inflation, suivies de l'augmentation des cotisations sociales associée au déremboursement des soins et au déficit de la Sécurité sociale, ont permis, jusqu'en 1996, d'éviter de poser ce problème : les dépenses augmentaient sans contrôle, la démographie médicale explosait sans que l'on en analyse les conséquences, certaines années de la décennie 1970 voyaient les budgets hospitaliers augmenter de près de 30 % en francs courants, ce qui reste un chiffre considérable, même quand l'inflation frôle les 15 %... Et puis, nous n'avons plus eu les moyens de ces largesses.

Surpris par ce qu'il est convenu d'appeler le « plan Juppé », le corps médical est resté KO pendant plus de deux ans. Cette absence de réaction, quasi inconsciente, cette surprise de découvrir qu'un gouvernement pour lequel ils avaient voté²⁰ avait pu leur faire « ça », n'ont jamais voulu dire qu'ils acceptaient les nouvelles orientations. Toutefois, des décisions importantes furent alors prises ; certains dossiers furent fermés. Le gouvernement actuel a eu le tort de les ouvrir à nouveau, pour apprendre à ses dépens que tout restait à faire, à commencer par le dialogue, étape bien antérieure à une paix éventuelle.

Le « mirage », l'« illusion » d'une croissance infinie associée à une totale liberté des prescripteurs et des consommateurs, que nous soulignons comme tels dès le début des années 1980²¹, se sont dissipés.

20. A l'occasion des dernières élections présidentielles, 60 % du corps médical français a voté au premier tour pour Jacques Chirac, recueillant environ 20 % dans l'ensemble de la population.

21. Jean de Kervasdoué, John Kimberly et Victor Rodwin, *La Santé rationnée ? La fin d'un mirage*, Paris, Économica, 1981.

L'augmentation des dépenses, dans l'état actuel du système, ne serait qu'une autre piqûre de morphine dont la seule utilité ne pourrait être que politique et à très court terme. Il faut d'abord réformer, non pas pour le plaisir, mais parce qu'il faut rendre des comptes à ceux qui cotisent ; plus tard, dans une dizaine d'années, des moyens supplémentaires devront sûrement être affectés à ce secteur mais, avant cela, il serait bon d'avoir quelques idées sur la nature et la qualité du service rendu par chaque professionnel ou institution de santé, afin de pouvoir affecter, à bon escient, ces sommes durement gagnées par les cotisants. A l'évidence nous ne plaidons pas ici pour le *statu quo*, mais pour d'importantes réallocations des sommes considérables du secteur sanitaire et social (de l'ordre de 900 milliards de francs). C'est le prix à payer pour maintenir une des dernières expressions concrètes de la solidarité dans la société française.

100

R É S U M É

La très grande majorité des économistes de la santé considèrent qu'il est indispensable de réduire le montant des dépenses médicales. Cette position est paradoxale, car ces dépenses sont, par nature, nobles et ce secteur contribue aussi à la valeur ajoutée de l'économie. Cet article s'attache à démontrer qu'une éventuelle privatisation du financement du risque maladie ne réduirait pas la croissance de ces dépenses, mais l'augmenterait ; en outre, elle ferait s'accroître l'exclusion et alourdirait les charges des entreprises. Ce n'est pas parce que cette activité est, pour l'essentiel, financée sur fonds publics qu'il faut, pour l'instant, contraindre sa croissance, mais parce que l'efficacité de ses différentes composantes est le plus souvent inconnue. Toutefois, la France n'est pas armée pour traiter cette question, car elle n'a pas trouvé de terrain d'entente avec son corps médical.

LE POIDS DES INDUSTRIES PHARMACEUTIQUES

POUR LE SEUL RÉGIME GÉNÉRAL, les dépenses pharmaceutiques 101
représentent une dépense de près de 80 milliards de francs chaque
année, coût de la distribution pharmaceutique inclus. Les agents éco-
nomiques que sont aussi les médecins confèrent à l'industrie son poids
économique, puisque leurs prescriptions conditionnent la vente des
médicaments : en 1997, 82 % de la consommation n'a pu être délivrée
que sur présentation d'une ordonnance. Si le pouvoir médical existe, c'est
donc, après les patients, sur l'industrie pharmaceutique qu'il s'exerce.

C'est ce qui autorise l'industrie à lancer son excuse ou son explica-
tion, à chaque dérapage constaté des dépenses pharmaceutiques, par
rapport soit à un objectif de dépense légitime (car voté par le Parlement),
soit à un objectif économique neutre (la croissance du PIB supposée
représenter la croissance de la richesse nationale) : « Ce n'est pas de
notre faute si les médecins prescrivent. » On pourrait ajouter « *sic !* »,
car c'est bien sous cette forme que l'industrie pharmaceutique tente,
souvent avec succès, de déplacer tout ou partie de l'effort qui pourrait
lui être demandé vers d'autres agents économiques, qui sont en général
les médecins, dénoncés comme prescripteurs, ou même, parfois, les
patients, dénoncés comme consommateurs irresponsables. On aura
l'occasion d'y revenir.

La prescription médicale est indispensable au succès de l'industrie
pharmaceutique, de même que celle-ci est indispensable au progrès thé-
rapeutique, puisque c'est de sa recherche que sont issues l'écrasante
majorité des molécules réellement innovantes et porteuses d'avancées
thérapeutiques. Mais alors, on peut penser que le pouvoir médical est
réduit au strict devoir médical, pour se confondre avec lui, tant on voit

mal les médecins ne pas mettre au service de leur art ce que la recherche et l'industrie pourraient apporter de mieux ou de beaucoup mieux. De fait, on les verrait mal prescrire ce qui pourrait être inutile voire dangereux. Mais tant le titre de cet article que la réalité commandent de regarder de plus près ce qu'il en est.

Observons d'abord que la relation de l'industrie avec les médecins n'est pas la seule à jouer. Interviennent aussi les relations avec les pouvoirs publics, les organismes sociaux, obligatoires ou complémentaires, les lobbies, les médias et, bien sûr, l'opinion qui directement ou indirectement contribue à donner à l'industrie pharmaceutique son poids.

102 Avant d'analyser ces relations et de comparer le poids respectif de chacun de ces acteurs avec celui de l'industrie pharmaceutique, ce qui permettra de cerner au mieux ce dernier, revenons sur le rôle du médecin comme praticien et comme ordonnateur de dépenses publiques.

CORPS MÉDICAL ET INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

La relation entre le corps médical et l'industrie n'est peut-être pas aussi déséquilibrée, au profit du rôle et de l'influence des médecins, que ne pourrait le laisser penser le constat fait plus haut. Jusqu'à une date récente, la faiblesse de la formation médicale continue était un des éléments de la fameuse exception française. Il a fallu toute la volonté d'un ministre, Claude Evin, pour que ce concept soit introduit dans une convention médicale, accord conclu entre organismes payeurs et syndicats médicaux devant être approuvé par le pouvoir exécutif pour s'imposer à tous, médecins, assurés et caisses de sécurité sociale.

C'était en 1990, et il a fallu près d'un an de négociations très délicates, ainsi qu'un système d'indemnisation, plutôt généreux, du temps consacré par les médecins à leur formation, pour que certains syndicats médicaux acceptent que la formation médicale continue fasse partie du bloc conventionnel.

Qu'en était-il auparavant ? La formation continue était quasi exclusivement assurée par l'industrie pharmaceutique, chaque laboratoire allant porter la bonne parole au sein même des cabinets médicaux par l'intermédiaire des visiteurs médicaux. Quand un sujet paraissait suffisamment important, et pas nécessairement au seul regard de la santé publique, il était toujours possible de le traiter à l'occasion d'un congrès

dans des lieux rarement déplaisants. A ma connaissance, la commune d'Hazebrouck n'en a jamais accueilli en plein hiver. Enfin, et en précisant que des preuves n'ont que très rarement pu être apportées, il fut dit que d'autres moyens ont pu être utilisés afin de convaincre telle ou telle partie du corps médical de la valeur de telle ou telle molécule.

S'il est hors de question de trouver normal l'emploi de moyens de promotion qui auraient été délictueux, force est de reconnaître que seule la passivité coupable des pouvoirs publics a permis que la formation médicale continue soit à la charge de l'industrie pharmaceutique. Celle-ci eut beau jeu dès lors, d'une part, de se plaindre d'une situation qui lui conférait un rôle qu'elle n'avait pas à assumer, d'autre part, de l'assumer au mieux de ses intérêts. Seul le contraire eût été surprenant.

Qu'en est-il aujourd'hui ? La formation médicale continue est à rebâtir. Celle mise en place à l'occasion de l'application des différentes conventions médicales a contribué, les faits sont connus et prouvés, à faire vivre aussi certains syndicats médicaux, ce qui, on en conviendra, n'est pas l'objet premier de cet outil de formation. 103

Reste celle faite par les visiteurs médicaux et par voie de presse spécialisée. Elle n'a jamais cessé. Mais, d'une part, les sommes consacrées à cette fin sont taxées au même titre que les dépenses publicitaires et, d'autre part, les messages ainsi délivrés sont en partie contrôlés soit par voie réglementaire pour la publicité, soit dans le cadre d'accords conventionnels conclus pour la promotion auprès des médecins.

Jusqu'au 31 décembre 1998, les entorses au règlement en matière de publicité diffusée par voie de presse avaient comme seule conséquence la publication au *Journal officiel* d'un avis de la commission de la publicité enjoignant le laboratoire concerné de mettre un terme à la publicité incriminée. Ce qu'il faisait sans dommage puisque aucune sanction ne pouvait être prononcée. Et en gardant l'avantage procuré par la diffusion du message, celui-ci ayant été délivré pendant quelques mois avant que la commission ait pu rendre et publier son avis. Un système nettement plus dissuasif prévaut désormais : c'est le prix du médicament lui-même qui pourra être modifié en cas de publicité illégale.

Quant aux accords conventionnels, que peut réellement contrôler un aréopage parisien composé de gens éminents, en général juristes, magistrats, toujours hauts fonctionnaires ? Les écrits officiels, certes. Le reste sûrement pas... *Scripta manent, verba volent*.

Enfin, concernant les congrès, il faut reconnaître que les sujets traités et les conditions de participation sont choisis et établis de façon plus

rigoureuse qu'auparavant... Reconnaissons aussi qu'il n'était pas très difficile de faire mieux.

Parallèlement à cette dérive, celle de la formation médicale continue conventionnelle, et à cette constante, la formation « maison », se mettaient en place ce que l'on appelle les références médicales opposables. Ces recommandations sont censées être la vérité médicale du moment sur des sujets choisis en commun par les caisses et les syndicats médicaux. Leur finalité est d'inciter fortement à la meilleure prescription possible. Elles sont élaborées à l'occasion de conférences de consensus. Dans certains cas au moins, les laboratoires pharmaceutiques leaders sur les marchés correspondants furent très largement partie prenante dans l'organisation de ces conférences, dont les conclusions ne leur furent d'ailleurs pas défavorables... Mais il s'agit là de cas minoritaires dont l'évocation ici a moins pour but de discréditer un système qui ne le mériterait pas que d'en évoquer les dérives potentielles.

104

Quoi qu'il en soit, cette description d'un passé récent condamnable et d'un présent insatisfaisant a pour objet d'étayer l'idée que, *volens nolens*, les médecins ont été et restent en partie sous influence, ce qui n'a, les concernant, rien de nécessairement malhonnête ou déshonorant.

Tous les arguments, voire toutes les indignations, feintes ou réelles, que pourrait déclencher le constat lucide de l'influence des laboratoires pharmaceutiques devraient, le cas échéant, être appréciés avec bon sens : la philanthropie n'est pas l'objet social des laboratoires pharmaceutiques et, s'ils consentent de tels investissements, c'est parce qu'ils en attendent en retour un bénéfice supérieur à celui que la seule valeur intrinsèque de leurs produits pourrait leur faire légitimement espérer. En somme, dépendante des prescripteurs, l'industrie pharmaceutique a très intelligemment su rééquilibrer ce rapport de forces depuis les années 1970 et 1980. C'est de cette époque que date la dénotabilisation des médecins. L'industrie pharmaceutique est parfois parvenue à le leur faire oublier au prix de l'abandon partiel de leurs prérogatives de prescripteurs : ce sont près de 2 500 cardiologues qu'un grand laboratoire pharmaceutique américain a invités, en plusieurs voyages et avec leurs conjoints, à visiter la muraille de Chine. Peut-on croire que c'était par pure sinophilie ?

Enfin, il s'agit moins de porter un jugement moral sur les relations complexes entre l'industrie pharmaceutique et les médecins que de faire preuve de réalisme. Admettons que les règles du jeu voulues ou acceptées, puis subies, par les pouvoirs publics sont insatisfaisantes. L'industrie pharmaceutique s'y est remarquablement adaptée. C'était son rôle

et même son devoir vis-à-vis de ses actionnaires, au point de faire beaucoup, désormais, pour les conserver.

Sans revenir, maintenant, sur un exemple très récent, citons néanmoins les conséquences de la « loi anti-cadeaux » de 1993 relative aux actions promotionnelles de certains laboratoires pharmaceutiques à l'égard des médecins. Votée sous forme d'amendement, cette « loi », en fait un seul article, n'a d'abord pas trouvé de ministre acceptant de l'assumer. Celui qui était au banc du gouvernement expliqua que c'était un autre que lui qui l'avait souhaitée, ce dernier expliquant que ce n'était pas lui qui avait présenté et défendu le projet devant l'Assemblée nationale.

Ensuite, et en dépit de la parfaite clarté du texte voté, le gouvernement suivant a pris, fin 1993, une circulaire d'application expliquant le texte et revenant à autoriser sous certaines conditions ce que la loi... interdisait. Puis, début 1994, une disposition législative complémentaire a modifié ce que celle votée en 1993 pouvait avoir d'« excessif » aux yeux de certains.

105

Si le ridicule ne tue pas, il s'explique. Préalablement à cette loi, existaient, et existent toujours, des dispositions interdisant à l'industrie de faire des cadeaux, sauf de « valeur négligeable », aux prescripteurs, mais n'interdisant pas à ceux-ci d'en recevoir, quelle qu'en soit la valeur. La « loi anti-cadeaux » complétait à juste titre ce dispositif en incluant les prescripteurs dans le champ de l'interdiction de toute relation marchande entre prescripteurs, les médecins, et prescrits, en l'espèce l'industrie pharmaceutique. Cela devenait sérieux, ce qui explique les réactions des uns et des autres... ainsi que le résultat final.

Toute décision qui n'aura pour objet que de s'attaquer à des conséquences et non à des causes subira ce type d'avatar. Il est de la responsabilité des pouvoirs publics que de comprendre les causes et d'en tirer les conséquences. Tout le reste n'est qu'agitation de type brownien, ce qui dégage, à l'occasion, beaucoup de chaleur, mais rarement du mouvement.

Pour compléter l'analyse des relations entre le corps médical et l'industrie pharmaceutique, il faut aussi envisager le médecin dans son rôle d'ordonnateur de dépenses publiques.

On le sait, l'organisation dite libérale de la médecine relève en partie du mythe. Si les médecins peuvent s'installer où ils veulent et faire ce qu'ils croient bon sous le seul contrôle de leur conscience, il reste que leur activité n'est solvabilisée que par le produit de cotisations obliga-

toires. Cette solvabilisation publique justifie l'organisation des soins qui, peu à peu, se met en place à l'initiative des pouvoirs publics et que les médecins ressentent comme une contrainte, voire comme une ingérence insupportable.

Un élément de cette organisation est particulièrement mal ressenti. C'est celui relatif à la responsabilisation financière du corps médical, qui se sent, depuis l'instauration de cette règle, en 1996, contraint dans son activité et, en particulier, dans ses prescriptions. Parce qu'il est ordonnateur de dépenses publiques, il est normal qu'un médecin soit responsabilisé. Qu'il doive l'être financièrement, pour des dépenses qu'il engage alors que les recettes sont perçues par l'industrie pharmaceutique et non par lui, est une autre affaire. Le gouvernement d'Alain Juppé avait tranché par l'affirmative et mis en place des mécanismes faisant
106 restituer, en partie, par les médecins, ce que d'autres, les laboratoires, avaient encaissé en totalité.

Le gouvernement actuel a décidé de rompre avec cette logique. D'abord, en limitant le « reversement » sur le dépassement des prescriptions à 5 % du dérapage constaté. Ensuite, en instituant un second plafond, individuel celui-là. Ce reversement est limité à 1 % des honoraires remboursables perçus par chaque médecin. Ainsi les médecins, et surtout les généralistes, dont la structure de prescriptions pharmaceutiques est particulière, sont plus intéressés à modérer leurs prescriptions qu'ils ne sont pénalisés lorsque celles-ci dérapent. Enfin, le gouvernement a instauré des règles spécifiques à l'industrie pharmaceutique, qui dérogent à la logique de la responsabilisation collective qui a prévalu pour les biologistes, les cliniques privées, les infirmières, les masseurs kinésithérapeutes et qui aurait concerné les médecins, si la censure du Conseil constitutionnel n'était intervenue après que la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 lui eut été déférée.

Ce simple rappel montre qu'avec l'aide parfois surprenante des pouvoirs publics le poids de l'industrie pharmaceutique est bien supérieur à celui des autres acteurs de la santé, et notamment des médecins, pourtant très nombreux et en contact direct et quotidien avec la population. On peut qualifier l'attitude du gouvernement de courageuse mais, peut-être, de bien peu politique.

Courageuse, s'il s'agit de préserver l'avenir, c'est-à-dire l'emploi, en donnant l'impression de céder à un secteur qui se révèle donc, par là même, puissant.

Peu politique, néanmoins, car les emplois pouvant être créés dans l'industrie pharmaceutique le seront moins du fait du volontarisme

ainsi affiché que par les réelles possibilités offertes à ces entreprises de majorer leurs profits. Mais il manque, alors, un point essentiel au dispositif : comment dégager les possibilités de financement complémentaires ? Cette question est, à ce jour, restée sans réponse de la part des promoteurs de cette originale organisation. Ce que l'on peut comprendre.

En effet, les seules assiettes susceptibles de subir un transfert au profit de l'industrie sont celles constituées par les revenus des médecins ou par le budget des hôpitaux. Il n'est pas très difficile de deviner pourquoi le raisonnement n'a pas été explicité jusqu'à son terme logique par lesdits promoteurs. D'autant qu'il n'existe qu'une alternative à ce transfert : l'augmentation des ressources que sont les cotisations.

Or, il est impensable que l'actuel gouvernement décide, pour solvabiliser le dérapage des dépenses pharmaceutiques, d'organiser soit un transfert de financement au détriment de l'hôpital, soit une hausse des cotisations. Mais cette étape reste la seule à franchir pour les promoteurs (il en existe) d'une politique destinée à privilégier l'industrie pharmaceutique par rapport aux autres vendeurs de biens et de services de santé.

107

Le poids de l'industrie pharmaceutique, on le voit, donc, est à apprécier à sa juste valeur, qui est la conséquence d'une attitude cohérente de sa part depuis de nombreuses années, quand celle des médecins, pris individuellement ou collectivement, ne le fut pas toujours dans la préservation de leurs stricts intérêts professionnels.

Dans l'organisation de la relation entre l'industrie et les médecins, les pouvoirs publics ont sûrement trop laissé faire, c'est-à-dire trop laissé s'installer ce déséquilibre, quand ils n'ont pas rendu des arbitrages le pérennisant, souvent, et l'aggravant parfois. Mais leur action ne peut se résumer à cela.

L'ACTION DES POUVOIRS PUBLICS

Les pouvoirs publics ont en effet le devoir de mettre à la disposition de la population les médicaments dont elle a besoin en lui garantissant une sécurité raisonnable d'utilisation et la certitude, matérielle, de pouvoir en disposer en tant que de besoin.

La sécurité d'utilisation, qui s'apprécie au regard de l'efficacité démontrée dans le traitement de la pathologie visée, est à la fois un devoir et une prérogative de l'État. Les deux sont exercés par délégation par l'agence du médicament, bientôt par l'agence de sécurité sanitaire.

Loin de se plaindre, en l'espèce, du poids de l'État, l'industrie pharmaceutique se félicite de l'importance de cette structure puisque c'est de sa rapidité d'analyse, de sa transparence et de sa crédibilité que dépend pour une bonne part le succès des produits issus d'une recherche toujours longue, aléatoire et très coûteuse. C'est très tardivement que les structures idoines ont été créées et, à cet égard, il faut reconnaître que le poids de l'industrie pharmaceutique ne fut pas suffisant, on peut s'en étonner, pour l'obtenir plus rapidement.

108 Peut-être faut-il rappeler à ce propos que les expertises faites, si elles sont organisées par des agents de l'État, sont exécutées, sur le fond, par des personnes jugées qualifiées et, en règle générale, issues du monde hospitalo-universitaire. C'est là une spécificité française puisqu'en Grande-Bretagne, ou aux États-Unis, les experts sont membres du NIBSC ou de la FDA et ne peuvent travailler que pour ces organismes. Rien de tel en France puisque le très haut niveau de compétence de nos experts est aussi jugé tel par l'industrie pharmaceutique, qui, à l'occasion, fait appel à eux. Il faut préciser toutefois que nombreux sont ceux qui refusent le conflit éventuel d'intérêts et qui, donc, n'acceptent pas ce type de missions. Cette position n'est toutefois pas unanime et il a fallu toute la vigilance de l'administration, très heureusement et très fortement renforcée à partir de 1992, pour que certains experts ne se retrouvent pas juge et partie. Moins d'ailleurs pour défendre telle ou telle molécule, le procédé eût été grossier, que pour éviter que telle autre, concurrente, ne bénéficie de jugements trop favorables et d'indications trop concurrentielles. Il s'agit d'exceptions, mais le seul fait qu'elles aient pu avoir lieu démontre que le poids institutionnel, non pas de l'industrie, mais de tel laboratoire, a pu être réel. Il faut ajouter que, depuis quelques années, une déclaration sur l'honneur est demandée aux experts dans le but précis d'éviter ces conflits d'intérêts.

Par d'autres structures sont fixés le prix de vente et le niveau de remboursement (0 %, 35 %, 65 %, 100 %) des médicaments. Ces deux paramètres sont essentiels et c'est lors de leur détermination que l'industrie se mesure à l'État.

En France, contrairement à ce qui se passe en Europe du Nord, les prix des médicaments remboursables aux assurés sociaux ne sont pas libres, mais administrés par les pouvoirs publics dans le cadre de ce qu'on appelle le comité économique du médicament. Ses membres sont d'une honnêteté, d'une compétence et d'une loyauté qui ne sont pas discutables. Ils doivent se fonder pour fixer les prix sur des évaluations

médico-économiques et sur l'appréciation que porte sur le produit en question la commission de la transparence. L'inscription au remboursement est conditionnée par l'acceptation par le laboratoire pharmaceutique du prix proposé, ce qui se fait, en général, après négociation.

Or, on peut dire que l'administration n'a pas réellement les moyens de procéder aux évaluations médico-économiques, qui sont donc faites par d'autres, et notamment par les laboratoires demandeurs de prix et fournisseurs des études les justifiant. La commission de la transparence est composée d'experts, en règle générale hospitalo-universitaires, chargés de comparer les valeurs respectives des molécules. Cette comparaison se fait essentiellement entre des molécules déjà commercialisées, dans une ou plusieurs indications médicales précisées, et de nouveaux produits censés traiter les mêmes pathologies avec les mêmes indications. Si les seuls critères étaient médico-économiques, cela serait compliqué mais faisable.

109

Le problème est que les autorités légitimes sont partagées entre la volonté de rationaliser un système qui manque de rationalité et celle de voir des entreprises à forte valeur ajoutée confirmer leur implantation industrielle en France. En effet, ces implantations étaient et sont toujours essentiellement fonction... des prix qui sont attribués. Dans cette relation complexe avec l'État, l'industrie pharmaceutique est passée maîtresse dans l'art de souffler le froid et le chaud. Aux menaces collectives de délocalisation industrielle succèdent les promesses individuelles d'investissement. Les premières sont faites, par exemple, à l'occasion de l'examen par le Parlement d'un projet de responsabilisation collective de l'industrie, abandonné *in fine*. Les secondes peuvent intervenir à l'occasion des discussions relatives au prix d'un médicament. Elles sont et seront faites, non pas collectivement, mais individuellement, par le laboratoire concerné.

Demeurent deux questions. La Sécurité sociale existe-t-elle pour faire de l'aménagement du territoire ? Il faudra un jour répondre publiquement, et peut-être par l'affirmative, à cette question, se tenir durablement au choix qui aura été fait et en assumer les implications financières. Combien coûtent à la collectivité les emplois ainsi subventionnés par la Sécurité sociale ? Autrement dit, est-on sûr de la parfaite et juste allocation financière des moyens dégagés ? Il paraît évident que répondre par l'affirmative à la question précédente imposerait d'apporter des réponses précises à celle-là.

On peut donc faire un constat d'échec. Celui de la tentative de mettre un peu de logique, de transparence, voire d'opposabilité dans la

procédure de fixation des prix. Dès lors que des critères autres que médico-économiques sont pris en considération par le comité économique, l'incohérence persistera qui consiste à accorder un prix plus élevé que ce que commande l'appréciation du strict service médical rendu.

Cet échec, très ancien et, je le crains, durable, en dépit de la réelle volonté du gouvernement actuel d'y remédier, explique ce que d'aucuns pourraient trouver anormal.

Il en est ainsi du niveau de prix d'un célèbre anti-dépresseur. Ce prix fut fixé pour un volume précis de boîtes vendues, volume déterminé après une étude épidémiologique fournie par le laboratoire demandeur. Il fut fixé à un niveau relativement élevé pour tenir compte des engagements industriels, réalisés au demeurant, souscrits par le laboratoire. Trois ans après cette fixation de prix, le volume de boîtes vendues était plus de cinq fois supérieur à celui envisagé initialement. La logique aurait voulu que le prix baisse en conséquence, ce que prévoyait d'ailleurs explicitement l'accord conclu avec le laboratoire concerné. A ce jour, il n'en est rien. On peut donc affirmer qu'un prix accordé avec la double préoccupation de répondre à une nécessité de santé publique et d'attirer une implantation industrielle en France génère, pour la collectivité, une dépense plus de cinq fois supérieure à celle qu'il avait été estimé possible d'engager il y a quelques années ; et que la subvention à l'emploi accordée par la Sécurité sociale s'avère, *de facto*, très supérieure à celle qui avait été accordée. Il en est encore ainsi du niveau de prix de plusieurs médicaments d'un laboratoire nord-américain, leader mondial de la pharmacie et dont les implantations auvergnates expliquent, peut-être, que la filiale française soit la plus rentable au monde pour cette entreprise (faut-il en tirer gloire ?).

Il est inutile de multiplier les exemples, ce qui pourrait être très aisément fait. On aura, en effet, compris qu'il faut poser la question de la capacité de l'État à contrôler les dépenses de pharmacie par la fixation du prix de chacun des médicaments remboursables aux assurés sociaux. L'État ne se révélant pas capable de contrôler ces dépenses durablement, on peut prétendre que le moyen (le contrôle des prix) n'est pas adapté à la finalité (la maîtrise de la dépense) puisque, très régulièrement, une taxe (toujours qualifiée d'exceptionnelle) vient remettre les comptes à un niveau tolérable pour les finances publiques.

Ainsi, de même que les médecins ont progressivement perdu une partie de leur autonomie par rapport à l'industrie pharmaceutique, de même les pouvoirs publics, empêtrés dans des contradictions jamais levées et appliquant des politiques successives privilégiant alternativement soit le

service médical rendu, soit tel choix industriel, ont-ils donné l'impression d'abandonner la cohérence et la continuité à celle-ci.

Beaucoup pensent qu'un régime de prix administrés ne peut que conduire à faire de l'État l'arbitre entre service médical et politique industrielle dans l'utilisation de ressources publiques. Cette responsabilité ne peut être correctement assumée qu'à la condition d'établir des règles et de s'assurer de leur durée. Ce ne fut jamais vraiment le cas et on peut douter que cela le devienne un jour.

En effet, la fixation des prix par le comité économique se fait par délégation du pouvoir politique, lequel peut contrôler étroitement ou pas ce qui se fait en son nom. Dans le premier cas, la politique de prix dure ce que dure le cabinet, en moyenne moins de deux ans. Dans le second, la durée peut être assurée. Ce fut le cas récemment, et deux enseignements peuvent être tirés de cette expérience. Le premier est qu'un ou deux très hauts fonctionnaires statutairement protégés ont manifestement apprécié le frisson que procure la gestion administrative du « privé ». L'autre enseignement est que durant cette période les dépenses pharmaceutiques ont sérieusement dérapé.

111

Le poids d'un arbitre est, en théorie, bien supérieur à celui des joueurs, à la condition que les règles qu'il applique après les avoir édictées ne changent pas trop souvent. Les modifications ayant été fréquentes, on ne peut que constater que le poids de l'État a diminué à raison des changements intervenus. L'affaiblissement institutionnel fut progressif, comme en témoigne la tentative inachevée de constituer, grâce aux moyens de l'État et notamment par une politique de prix, quelques grands groupes pharmaceutiques français. La privatisation des deux groupes publics, Rhône-Poulenc en 1987 et la Sanofi en 1994, n'a pas empêché certains, au sein de l'appareil d'État, de tenter de « marier » des laboratoires français entre eux, alors même que ceux-ci n'en manifestaient aucun désir. Cela donna l'opportunité aux pressentis d'obtenir de bons prix tout en restant célibataires. Si un grand groupe français se constitue, ce sera par la pression du marché plus que par celle de l'État ou, du moins, de quelques fonctionnaires qui croient encore pouvoir jouer un rôle en la matière.

Certains croient que l'administration peut encore se substituer au marché dans un secteur où les industries sont toutes privées et pour lesquelles le profit seul compte. C'est là, certes, le lot commun de toute entreprise privée. S'y ajoute, dans le cas précis de l'industrie pharmaceutique, la nécessité de réinvestir dans la recherche pour vaincre la souffrance, la maladie, la dégénérescence, ce qui constitue pour ses diri-

geants la seconde légitimité, indiscutable, à faire du profit. Les deux sont parfaitement admissibles. Les deux supposent néanmoins des règles, dès lors que ce profit provient d'allocations de ressources publiques. Les règles manquent, désarmant en partie l'État et renforçant d'autant l'industrie pharmaceutique dont le poids institutionnel est devenu très (trop ?) important.

112 Depuis quelques années, l'actualité nous apprend des fusions ou des projets de fusion. Quand ils aboutissent, on comprend que le poids des entreprises concernées ne peut que se renforcer comparativement à celui du corps médical ou de l'État. Pourtant, on peut penser que c'est de la multiplication de ces fusions que peut resurgir une véritable autorité de l'État, et pas seulement en France, si l'on se souvient des raisons qui poussent à ces fusions. Le coût de la recherche est considérable, celui du développement des molécules issues de la recherche davantage encore. Les capitaux que cela nécessite imposent les fusions dans un secteur dont les parts de marché sont éclatées comme dans aucun autre secteur industriel générant un chiffre d'affaires de ce niveau. Le laboratoire leader dans le monde n'a que 5 % de parts de marché. Les laboratoires pharmaceutiques peuvent de moins en moins assumer ce coût isolément et sont donc contraints de s'allier. Une des conséquences de ces fusions est la réduction, mécanique, de lignes de recherche pour privilégier celles permettant d'espérer une découverte dont la solvabilisation, sous forme de médicaments, sera quasi certaine et, si possible, massive. Ainsi, les recherches sont aujourd'hui considérables dans les domaines du cancer, des pathologies cardio-vasculaires ou liées à la dégénérescence, c'est-à-dire celles des pays et des populations à haut niveau économique. Le paludisme, la tuberculose, dont on connaît le triste retour, ne mobilisent pas, loin s'en faut, les mêmes moyens. Il est vrai que ces maladies ne concernent que des pays ou des populations non solvables, à ce jour en tout cas.

De même, la recherche d'un « médicament » contre l'obésité ou la découverte d'une substance, paraît-il efficace, contre l'impuissance révèlent quelles sont les populations cibles de l'industrie.

Il paraît difficile pour l'industrie pharmaceutique d'anticiper l'apparition ou la réapparition de pathologies qui sont du domaine du probable sans justifier pourtant, à leurs yeux, un effort de recherche conséquent pour des raisons de stricte rentabilité financière à court ou très court terme. On sait qu'un grand laboratoire français avait supprimé sa division de recherche virale... deux ans avant l'apparition du sida en France. C'est donc aux États d'organiser des veilles sanitaires et de maintenir des structures performantes de recherche fondamentale ; à cet

égard, souvenons-nous que c'est une structure publique française, celle du Pr Montagnier, qui a découvert le virus du sida. C'est ainsi que l'État retrouvera une influence, car lui seul peut s'affranchir de l'obligation de rentabilité immédiate qui s'impose aux industries pharmaceutiques. Ce devoir n'est pas encore vraiment assumé en France, mais il devra l'être à brève échéance.

LE POIDS DE L'OPINION

Si on en est arrivé là alors que l'État, comme les médecins, disposait, et dispose théoriquement encore et *a priori* des meilleures cartes, c'est aussi à cause du regard de l'opinion, qui juge toute décision importante ou pas, celle-ci étant présentée par les médias et défendue ou attaquée par les lobbies en fonction d'éléments souvent plus passionnels que rationnels. Il ne peut que très difficilement en être autrement tant les problèmes de maladie, de souffrance, de mort ne peuvent être perçus et présentés de façon objective ou raisonnable. L'industrie pharmaceutique l'a parfaitement compris et elle sait, au cas où la forme raffinée de chantage à l'emploi qu'elle pratique ne fonctionnerait pas (ce qui est rare), tirer parti de la crainte que peuvent avoir nos concitoyens de ne pas disposer, pour eux ou leurs proches, de produits jugés, objectivement ou non, indispensables.

113

Avant de développer l'analyse de ce type de relations, il faut préciser qu'en dehors d'une presse médicale qui, pour l'essentiel, ne vit pas de son lectorat, mais de la seule publicité pharmaceutique, la presse n'entretient pas avec ce secteur de relations que l'on pourrait juger de dépendance. Non pas pour des raisons morales, mais parce qu'il n'en est nul besoin.

Nul besoin en effet quand une association de malades, relayée en conscience par quelques sommités médicales si possible médiatiques, financée (pas toujours si l'on pense aux associations de victimes du sida) par le laboratoire ayant une molécule supposée innovante, fait tout le travail en profitant de la charge émotionnelle que comporte, le cas échéant, cette pathologie. A plus forte raison quand un ou deux congrès ont quelque peu préparé le terrain... Ainsi, et grâce à cette méthode, le succès fut partiel pour les hypocholestérolémiants, complet pour un antidépresseur ou un antiulcéreux, magistral pour les trithérapies contre le sida, dont la commercialisation en France a nécessité qu'un ministre de la République aille à Canossa, c'est-à-dire au siège nord-américain d'un laboratoire pharmaceutique.

L'issue peut aussi, parfois mais rarement, être l'échec : ce fut le cas, par exemple, pour un antimigraineux supposé révolutionnaire. Cette fois-là, les pouvoirs publics ont tenu bon, ce qui prouve que cela doit être possible.

Le rôle des lobbies est donc assez simple, qui consiste à comparer et mettre en lumière les raisons des uns, les laboratoires (la souffrance, la maladie), et celles de l'autre, l'État (coût, efficacité, choix et contrainte budgétaire).

Si un peu de mauvaise foi est nécessaire, il arrive qu'on y ait recours, comme en 1989 : l'idée fut alors émise que les médicaments ne seraient remboursés que dans la mesure où ils seraient prescrits pour ce pour quoi leur efficacité était avérée. Cette idée de bon sens, fondée sur le respect de la double contrainte sanitaire (il faut rembourser ce dont la population a besoin) et budgétaire (il ne faut pas rembourser ce qui est inutile), fut remarquablement torpillée par le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique, dont les adhérents craignaient à juste titre de ne plus trouver leur compte dans une utilisation rationnelle de l'argent public. Le message délivré par le SNIP lors d'une célèbre conférence de presse, et repris par tous les médias, fut que l'aspirine ne serait plus remboursée [*sic*]. Ce qui aurait été vrai en dehors de ses indications, qui existent, et faux sinon. Mais, bien sûr, seule la première partie de la proposition fut largement reprise et eut comme conséquence le retrait du projet de décret. Faire sommaire peut être efficace, à défaut d'être digne.

On voit bien, à la lumière de cet épisode, que le poids médiatique de l'industrie pharmaceutique, qui se présente comme préoccupée seulement des patients, de leur bonheur et de leur bien-être, est sans commune mesure avec celui de l'État ou des pouvoirs publics, qui sont perçus comme préoccupés seulement des aspects budgétaires. Il ne faut pas être grand clerc pour deviner qui a gagné, gagne et gagnera ce type de bataille d'opinion.

Lorsque, par manque de recettes et par manque de maîtrise des dépenses de santé, les autorités politiques en viennent à augmenter les cotisations sociales et à diminuer les remboursements, comme Edouard Balladur le fit en 1993, ceux dont le souci premier a pu sembler être « le patient » (les laboratoires pharmaceutiques) sont d'une discrétion qui force l'admiration. Or, ce type de mesures revient à transférer l'effort financier sur les ménages et les mutuelles, ce qui creuse les inégalités face à la maladie, puisque ceux qui ne sont pas mutualisés se trouvent, dès lors, un peu plus exclus pour des raisons financières. Certains hauts responsables de l'industrie appellent cela « avoir du courage politique » et,

très récemment encore, ont prôné cette solution en la justifiant par la nécessaire rentabilité des énormes capitaux engagés.

Mais, lorsqu'un effort est demandé à ceux dont la progression du chiffre d'affaires est entre deux et quatre fois celle du PIB, on apprend, tout à coup, que notre pays n'a pas de politique de santé. Le terrorisme des mots peut être d'une grande efficacité, comme le démontre un exemple récent, celui du plan Juppé. Pour l'assurance maladie, ce plan consistait, notamment, en une augmentation de la CSG, en la création d'une contribution nouvelle, la CRDS, et en une contribution exceptionnelle demandée à l'industrie pharmaceutique. Les Français furent mis à contribution, comme annoncé par Alain Juppé, sans discussion ni négociation. L'industrie pharmaceutique commença, elle, à négocier, dès l'annonce faite, jusqu'à ce qu'une solution fût trouvée, qui lui permit, d'abord, de ne pas acquitter ce qui avait été annoncé, ensuite, d'imposer un *distinguo* entre laboratoires pharmaceutiques selon qu'ils faisaient ou pas de la recherche en France. L'inspiration était bonne et consistait à privilégier ceux qui font de la recherche en France par rapport à ceux qui n'y ont que des structures de distribution plus ou moins bien camouflées par des pseudo-centres de recherche. Mais cette rupture d'égalité, évidente, motiva des recours en Conseil d'État et devant la Cour de Justice de Luxembourg formés par des laboratoires pharmaceutiques, recours qui aboutiront probablement. L'État devra donc rembourser une taxe jugée illégale et discriminatoire, sauf correctif législatif ultérieur.

115

Ce correctif a été apporté lors de la dernière loi de financement de la Sécurité sociale. Mais il a été censuré par le Conseil constitutionnel : il est vrai que la modification, au profit de certains et au détriment d'autres, d'une taxe entièrement levée, liquidée et payée était un exercice législatif délicat. Il sera piquant de voir l'État ou l'assurance maladie rembourser les laboratoires pharmaceutiques à cause d'une malfaçon juridique introduite en 1995...

Les assurés, eux, n'ont bénéficié, en 1995 et après, ni de ces égards, ni de ces recours, ni d'un remboursement rendu nécessaire par le Conseil constitutionnel.

Faut-il en conclure que le poids institutionnel et économique de l'industrie pharmaceutique est très important du fait de notre système de protection sociale obligatoire et universel ? La réponse est négative en ce qui concerne le poids économique puisque, toutes choses égales

par ailleurs, la situation dans notre pays est comparable à celle constatée chez nos voisins. Seule la croissance des dépenses, en effet, pose problème. Mais la réponse est probablement positive en ce qui concerne le poids institutionnel. En effet, notre système est fondé sur un principe qui est celui de ne jamais sélectionner ni les patients ni les praticiens et de demander à tous, à raison de leurs possibilités et non de leur santé, de contribuer au financement du système.

116 Un système assurantiel individuel se fonde sur les deux principes opposés : la sélection et la contribution en fonction du risque maladie identifié – dont les progrès de la génétique vont rendre le diagnostic de plus en plus fiable et précoce. Or, la crise philosophique que connaît notre système et qui le présente comme une charge excessive pour l'économie et l'emploi, et non comme un élément essentiel de justice, d'égalité et d'unité nationale, ce qu'il est en fait, conduit à cette dérive consumériste du système de soins. Puisqu'« on » m'oblige à cotiser et contribuer, « je » consomme ce que « je » crois bon pour moi ou mes proches. Dès lors, la difficulté, politique, pour rationaliser l'offre de soins, qu'elle soit hospitalière, médicale ou pharmaceutique, est grande, d'autant qu'existent toujours des acteurs pour expliquer que ceux qui rationalisent veulent en fait rationner. Nombreux sont ceux qui estiment l'homéopathie (coût annuel pour la collectivité : 850 millions de francs) efficace pour eux, alors que jamais une étude scientifique n'a pu démontrer quoi que ce soit. Et tout aussi nombreux sont ceux qui protesteraient énergiquement contre son éventuel déremboursement, au motif que, payant pour le système, ils sont libres de choisir la thérapeutique de leur choix. On aboutit ainsi à ce paradoxe d'un système collectif étroitement dépendant de choix individuels, dont la somme est politiquement et économiquement très prégnante, mais qui ne reposent que très imparfaitement sur des procédures validées par des agents mandatés à cet effet par la collectivité ; alors qu'un système assurantiel, reposant sur l'adhésion volontaire et individuelle, est fondé sur des critères scientifiques validés par la communauté scientifique et fixe des primes en fonction du risque de maladie et des éventuels choix personnels des assurés. Vouloir bénéficier d'un traitement non validé est possible mais à la seule condition d'acquitter une surprime !

L'extrême sensibilité de l'opinion, parfaitement compréhensible sur ces sujets, rend très difficile toute tentative de rationalisation, c'est-à-dire de rééquilibrage des influences des uns et des autres. Pourtant, après avoir mis en place les procédures nationales et européennes de valida-

tion scientifique des médicaments, il faudra réformer les modalités d'allocation de ressources publiques à l'industrie pharmaceutique. L'instauration d'une responsabilité collective des dépassements financiers s'est heurtée à l'opposition farouche de l'industrie et d'une partie de l'appareil de l'État. De plus, la récente décision du Conseil constitutionnel en matière de responsabilisation collective commande la plus grande prudence en matière de mutualisation du dérapage des dépenses pharmaceutiques.

La leçon à tirer est peut-être qu'il faut s'inspirer des systèmes assurantiels en confiant aux organismes sociaux une mission très claire d'acheteur au meilleur prix des médicaments dont les assurés ont besoin. L'État se porterait garant des ressources du système et de son universalité et se montrerait particulièrement vigilant en matière d'ententes. On pourrait alors imaginer des procédures d'appel d'offres par classes thérapeutiques bien identifiées. Délier les organismes complémentaires de leur obligation d'acquitter le ticket modérateur, quoi que ces organismes pensent de l'efficacité des traitements pharmaceutiques dont ils assurent le complément de remboursement, aboutirait à plus d'efficacité et de concurrence intelligente dans un système qui en est aujourd'hui trop dépourvu. Ces mesures, complétées par une procédure de licence obligatoire et permettant à l'État, pour des raisons de santé publique, d'être assuré qu'une molécule nécessaire sera disponible, permettraient de rééquilibrer les relations entre l'industrie pharmaceutique et la collectivité nationale représentée par les différentes institutions que sont le gouvernement, le Parlement et les organismes sociaux. On peut même imaginer, dans ce cadre, une liberté des prix des médicaments, l'État renonçant lucidement à tenter de faire ce qu'il n'a jamais très bien su faire : administrer un secteur économique par le contrôle des prix.

117

Il est temps pour les deux parties de s'accepter telles qu'elles sont. Il est normal que l'industrie pharmaceutique tire profit de ses découvertes et que les autorités légitimes assurent la pérennité d'un système majoritairement voulu par les Français. Cette normalisation n'interviendra que par l'établissement de règles durables. Celles qui existent aujourd'hui ne le seront probablement pas, car insatisfaisantes pour les deux parties.

Il faudrait anticiper sur les prochaines tensions pour mettre au point ces règles qui, tout en reconnaissant l'importance de l'industrie pharmaceutique, lui confèreraient un poids dans le domaine de la santé et dans le pays tenant compte de toutes nos contraintes collectives.

R É S U M É

L'industrie pharmaceutique est théoriquement dépendante des médecins, seuls capables de prescrire, et de l'État, seul fondé à mettre un médicament sur le marché et à lui accorder un prix dès lors qu'il est remboursable aux assurés sociaux. L'évolution constatée ces vingt dernières années est qu'en fait les médecins, volens nolens, subissent une très grande influence de la part de l'industrie et que l'État, parce qu'il n'a jamais, jusqu'à une date récente, et en dehors de périodes brèves, su tenir une position claire et ferme, a échoué dans sa maîtrise des dépenses pharmaceutiques comme dans sa volonté de constituer des pôles industriels pharmaceutiques de niveau mondial.

LES SYNDICATS DE MÉDECINS
CONTRE L'ORGANISATION
DE LA PROTECTION SOCIALE,
TOUT CONTRE

LES SYNDICATS DE MÉDECINS se sont constitués, à l'origine, en France, autour de l'identité libérale et de la médecine de ville, puis ils se sont engagés dans la cogestion chaotique des tarifs opposables, pour finalement se confronter aujourd'hui à l'incontournable maîtrise des prélèvements sociaux. Mais, si ce raccourci historique peut paraître simple voire simpliste, c'est parce que l'histoire du syndicalisme se résume principalement à ses rapports avec les caisses et l'État. Et pourtant, depuis l'origine du syndicalisme, de multiples forces traversent la profession elle-même, au-delà de sa segmentation continue en spécialités, et traduisent les représentations contrastées voire contradictoires sur la façon de mener les transformations de l'exercice médical au sein de la société. Trois axes décrivent, schématiquement, ces tensions internes : l'opposition entre l'hygiène et la clinique, entre la pratique de ville et l'exercice hospitalier, entre une médecine sociale et une médecine individualisante. 119

Face à ces tensions, les syndicats n'ont pas eu d'autre préoccupation que de forger des discours réconciliateurs de la profession face à l'État, sans jamais se donner ou revendiquer les moyens de les explorer et de les travailler. Ces discours vont s'appuyer sur et renforcer ce qui est une constante depuis la naissance de la clinique : une incompréhension et une méfiance vis-à-vis de l'organisation du social.

Les syndicats de médecins n'ont ainsi jamais pu se constituer comme une véritable force de régulation professionnelle et ont dû se contenter de jouer le rôle de négociateurs de l'évolution des rémunérations des praticiens libéraux auprès des caisses. Aujourd'hui, les exigences de la maîtrise des prélèvements sociaux conduisent à penser la régulation du système de santé en termes d'efficience et d'organisation,

et non plus seulement en termes d'évolution des rémunérations des professions, ce qui fait resurgir ces tensions au sein du monde syndical.

LA NAISSANCE DU SYNDICALISME MÉDICAL

En novembre 1892, le président Sadi Carnot signe la promulgation de la loi Chevandier, qui autorise définitivement les médecins à former des syndicats pour la défense de leurs intérêts professionnels à l'égard de toute personne autre que l'État, les départements et les communes. Cette loi règle également le problème de l'officiat de santé en déclarant dans son article 1^{er} que « nul ne peut exercer la médecine que s'il est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État ». Cette loi vient satisfaire les attentes d'une partie du corps médical qui, s'étant rassemblée depuis 1879 autour de la création du journal *Le Concours médical*, plaidait pour la création d'une chambre syndicale veillant aux intérêts matériels et moraux de la profession. Ce mouvement s'était jusqu'alors développé dans l'illégalité (arrêt de la Cour de cassation en février 1885, refusant aux médecins le droit syndical). Ce refus s'appuyait sur le fait que les médecins, n'étant ni patrons ni salariés de l'industrie, du commerce ou de l'agriculture, n'avaient aucun intérêt économique à défendre. Cette interdiction du droit syndical n'avait toutefois pas réussi à empêcher, à l'époque, la création de syndicats (Montaigu en 1881), ni même la réunion d'une Union des syndicats médicaux en 1884.

Mais, dès lors, le syndicalisme médical naissant va voir s'instituer en son sein les tensions qui traversent le corps médical de l'époque.

Pourquoi des tensions puisque, en cette fin de siècle, les 16 000 médecins devraient s'inscrire dans une dynamique convergente avec celle de la nation ? Le dogme du positivisme rédempteur, relayé par un libéralisme républicain, vient nourrir l'idée d'un ordre « biomédical » qui pourrait concilier science et humanisme, dévouement et compétence, sacerdoce et loi du marché. Les hôpitaux se transforment (augmentation du nombre d'hôpitaux de 30 % entre 1871 et 1911), les pauvres y sont accueillis, non plus seulement comme objet de charité et de compassion, mais aussi comme objet du regard clinique et source d'apprentissage. A la conscience civique et morale de la nation s'ajoute une conscience « sanitaire » et « médicalisée » qui, par des dispositions législatives adaptées, vient soutenir la solvabilité des plus démunis face à la maladie, assure la lutte contre les épidémies, oblige à la vaccination,

facilite la prévention des accidents du travail, mais vient également garantir le libre choix, le paiement à l'acte et la reconnaissance sociale des médecins « libéraux ».

C'est dans la dualité de cette conscience, qui tente de concilier les faveurs d'Hygée et de Panacée, qu'on peut déceler les premières tensions qui traversent le corps médical. La plupart des médecins souhaitent se tenir à l'écart, voire à l'abri, de toute forme d'organisation bureaucratique qui viendrait régler leur pratique comme s'ils se méfiaient d'un social organisé ; l'organisation administrée de l'hygiène est en quelque sorte l'incarnation de ce danger.

Entre la physiologie sociale d'Auguste Comte (catéchisme positiviste) et la physiologie du corps de Broussais (catéchisme de la médecine physiologique) se sont dessinés des espaces d'interprétation très différents sur la façon de conduire l'émancipation des hommes en société. La médecine clinique a fait du corps un objet et le fondement de l'individuation de l'homme, en tenant à l'écart de son champ d'observation la personne en tant que sujet et être social. Cette rupture épistémologique est à l'origine d'une réelle difficulté des cliniciens, depuis un siècle, à comprendre ce que peut être la contribution des sciences et des technologies du social aux progrès de l'organisation de la société et de l'humanité. « Une sorte de particularisme et d'individualisme ontologique et épistémologique caractérisent le clinicien. Son travail l'absorbe et l'isole à tel point qu'il finit par voir et par juger le reste du monde en fonction de sa propre expérience¹. » Cette incompréhension, qui nourrit une défiance viscérale vis-à-vis de toute forme d'administration sociale qui n'aurait pas fait la preuve « scientifique » de son efficacité est clairement exprimée par ce médecin américain qui écrit, en 1933, dans le journal de l'American Medical Association (la puissante institution professionnelle), à propos de l'organisation de la santé aux États-Unis : « Le choix est entre les forces représentant les grandes fondations ou la bureaucratie de la santé publique, les théories sociales (jusqu'au socialisme et communisme) incitant à la révolution, et la profession médicale de ce pays poussant à une évolution organisée, guidée par une expérimentation contrôlée². » La recherche d'une autonomie sociale par le corps médical n'est pas un objectif en soi, elle est une façon de protéger l'exercice de la médecine face à une organisation sociale qui, de son point

1. E. Freidson, *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984, p. 179.

2. Cité par Jacques Attali, *L'Ordre cannibale*, Paris, Grasset, 1979, p. 203.

de vue, ne peut pas délivrer de sens pour l'homme ni, *a fortiori*, de cadre pour le guider.

Les médecins praticiens nourrissent à l'égard de toute forme d'organisation sociale une méfiance qui n'a d'égale que leur confiance dans la singularité du rapport au patient ; ils se savent travailleurs au service du social, mais ils redoutent, comme une compromission identitaire, l'esprit de système qui pourrait les éloigner des fondements de l'approche anatomo-clinique et de la décision individuelle. La médecine est, depuis Bichat, d'abord une science de l'individu et non pas de l'être social. Sa légitimité se borne à l'approche anatomo-clinique du corps malade, non à l'approche socio-clinique de ses déterminations sociales. Même si les disciples médecins d'Auguste Comte attendent des futurs « vrais médecins qu'ils interviennent dans les affaires publiques, où ils trouveront vacant le champ abandonné par les divers sacerdoces théologiques, pour pouvoir devenir les directeurs spirituels de la société³ », les médecins praticiens se tiennent à l'écart d'une vision positiviste de leur rôle dans l'organisation du fonctionnement social. Ils sont les artisans d'un progrès social réduit à la somme des progrès des guérisons d'individus solvables. A ce titre, ils s'opposeront fréquemment aux ingénieurs du progrès social, notamment les hygiénistes, même médecins, aux incontestables succès œuvrant dans le cadre d'une santé administrée.

Parallèlement, le fossé qui sépare l'exercice de ville de l'exercice hospitalier est creusé dès le début du siècle. Il est reproché aux professeurs des universités d'écarter les médecins de ville de l'hôpital, de fabriquer la pléthore médicale, d'abandonner à l'exercice libéral les tâches les plus ingrates, de pratiquer à l'aide des concours hospitaliers une sélection qui contribue à disqualifier ceux qui n'y ont pas réussi. Le 23 mai 1910, la réunion du jury d'agrégation est bloquée par une manifestation qui traduit cette irritation des étudiants vis-à-vis d'une médecine dite « savante » qui s'opposerait à une médecine dite « pratique ». Le meneur de cette manifestation, René Lafontaine, sera nommé deux ans plus tard au secrétariat général de l'Union des syndicats médicaux. Cette blessure narcissique de la médecine de ville face aux hospitalo-universitaires est à l'origine d'une fragilité du corps médical libéral et contribuera à affaiblir le syndicalisme dans sa prétention à vouloir organiser la régulation professionnelle.

3. G. Audiffrent, cité par P. Guillaume, *Le Rôle social du médecin depuis deux siècles*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 1996, p. 72.

Pourtant, le développement de la clinique doit beaucoup à l'organisation sociale et à l'hôpital qui l'a fait naître dans sa configuration moderne, notamment parce que les médecins s'y savent à l'abri du risque pour expérimenter : « à l'hôpital, les malades sont, sous plusieurs rapports, les sujets les plus propres pour un cours expérimental⁴ » ; la bienfaisance puis l'Assistance publique sont à l'origine d'une construction sociale qui délimite parfaitement l'échange de valeurs autour de l'expérience clinique entre les classes sociales : « Ce qui est bienveillance pour le pauvre se transforme en connaissances applicables pour les riches. Oui, riches bienfaisants, hommes généreux, ce malade que l'on couche dans le lit que vous lui avez fondé éprouve à présent la maladie dont vous ne tarderez pas à être attaqués vous-mêmes ; son sort peut éclairer votre médecin et vous sauver la vie⁵. »

Les forces qui travaillent le corps médical de l'époque sont admirablement résumées par ce médecin, en 1901, dans le bulletin syndical : « C'est le médecin praticien qui dépiste le fléau caché, qui le voit sournoisement caché dans la famille, qui peut indiquer les mesures applicables dans les milieux pauvres et ouvriers, et pourtant ce ne sont pas les praticiens qui mènent la campagne antituberculeuse, ce sont les professeurs et les académiciens qui ne voient le pauvre qu'à l'hôpital et qui, dans leur riche clientèle, ne trouvent aucun obstacle à l'application de la prophylaxie et de l'hygiène⁶. »

123

Pour pouvoir malgré tout guider la profession vers cet équilibre fragile entre corporatisme protecteur et autodiscipline, certains membres de l'Union des syndicats médicaux envisagent dès 1887 la création d'un Ordre. Mais cette initiative va remettre en lumière le fossé creusé entre dignitaires de la médecine (professeurs, hospitaliers et académiciens des grandes villes), spécialistes de ville et praticiens de première ligne et se trouve progressivement vidée de toute substance. La question de la création d'un Ordre sera régulièrement posée pendant près d'un demi-siècle, chaque fois que le syndicalisme semblera ne plus pouvoir guider la profession ; question sans réponse parce que l'instance ordinale apparaît soit comme la marque d'une volonté des élites hospitalières et universitaires

4. J. Aikin, *Observations sur les hôpitaux*, 1777, cité par Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963, p. 84.

5. Du Laurens, *Moyens de rendre les hôpitaux utiles et de perfectionner la médecine*, 1787, cité in *ibid.*, p. 85.

6. *Bulletin de l'Union des médecins*, août 1901.

de prendre le contrôle du corporatisme, et ainsi de mettre au pas les médecins de ville à travers des capacités disciplinaires, soit comme une façon de nourrir les ambitions d'une droite extrême.

Le 19 novembre 1893, se réunit l'Union des syndicats médicaux de France, qui regroupe plus de 122 syndicats dont le plus important est le Syndicat des médecins de la Seine (SMS). Globalement, les objectifs sont :

- d'apprendre aux médecins à se connaître et à se protéger mutuellement ;
- de résoudre, si possible, les conflits qui peuvent surgir entre confrères ;
- de venir en aide aux membres de l'Union et de se concerter pour la poursuite en justice de l'exercice illégal de la médecine ;
- de chercher toutes les solutions pratiques aux questions ayant trait à la défense professionnelle.

124

En somme, les syndicats cherchent avant tout à protéger les médecins de l'insolvabilité de la clientèle, d'une solvabilité tarifée ou d'une dépendance vis-à-vis d'organismes patronaux, caritatifs ou mutualistes, et de l'État. C'est ainsi que, de 1900 à 1910, l'Union des syndicats médicaux de France va s'opposer à toute tentative de compromis avec ce type d'organismes. Certains de ses membres vont même jusqu'à proposer, en 1909, une alliance avec les syndicats ouvriers, mais cette proposition est rejetée par l'Union.

Cette mise à l'écart de la frange la plus orientée vers une association avec le syndicalisme des prolétaires va donner naissance à une expérience originale, celle du Syndicat national de la médecine sociale, qui se veut ouvertement au côté de la classe ouvrière, face au capitalisme et à l'État. La doctrine de ce syndicat est clairement celle d'une médecine sociale : « Nous sommes de ceux qui pensent qu'étant donné l'incompréhension complète dont la grande majorité des médecins fait preuve vis-à-vis des problèmes sociaux actuels, la socialisation ou la fonctionnarisation de la profession médicale est le stade fatal de l'évolution professionnelle médicale. Dans ces conditions, seule, à notre avis, la classe ouvrière pourrait empêcher leur asservissement par l'État⁷. » Ce syndicat, qui connaît un certain écho (son bulletin est diffusé à 3 000 exemplaires en 1911), adopte des positions étonnantes, notamment en s'opposant à la vaccination contre la tuberculose et la typhoïde : « Tant que le droit à

7. SNMS, juillet 1913, cité par P. Guillaume, *Le Rôle social du médecin...*, op. cit., p. 133.

l'aisance ne sera pas entré dans la réalité pour tous, la tuberculose fera ses ravages, car c'est un mal de misère avant tout. Seules la libération des travailleurs et l'organisation de la solidarité entre gens égaux, n'ayant plus à entretenir un parasitisme capitaliste épuisant, pourront amener des conditions indispensables pour la lutte contre la tuberculose⁸ » ; « Oui, la grande industrie oblige la société, sous peine de mort, à remplacer l'individu morcelé, porte-douleur d'une fonction productive de détail, par l'individu intégral qui sache tenir tête aux exigences alternées, les plus diversifiées du travail, et ne donne dans des fonctions qu'un libre essor à la diversité de ses capacités⁹. »

Le discours syndical réconciliateur va donc se forger dès le début du siècle autour d'une médecine de l'individu, d'une médecine non administrée, d'une médecine de ville.

125

LA MONTÉE EN PUISSANCE DE LA PROTECTION SOCIALE

Après la guerre de 1914-1918, la République reconnaissante (loi des pensions du 2 avril 1919) offre la gratuité des soins à tous ceux qui bénéficient d'une pension pour blessure ou maladie, les tarifs des soins étant établis par décret de l'administration, pris après entente avec les représentants des organisations et des syndicats professionnels autorisés. En 1921, sont instituées les commissions départementales chargées de contrôler l'inscription sur les listes et le libre choix. On y retrouve des représentants de l'État, des usagers (les associations de mutilés), les syndicats et associations de médecins et pharmaciens. Le syndicalisme médical, qui rassemble plus de 60 % des médecins français, est divisé sur une double question : médecine organisée par les ingénieurs du social *ou* médecine organisée par les praticiens cliniciens, médecine sociale organisée par les caisses et/ou l'État *ou* médecine organisée par les syndicats. René Lafontaine, secrétaire général de l'USMF, est partisan d'une médecine libérale et d'une conception libertaire de la régulation sociale. Il est un opposant farouche de la fonctionnarisation des médecins et défend depuis toujours le rapprochement avec les syndicats ouvriers. L'Union des syndicats médicaux décide de s'opposer à cette dynamique générale de la nation, sous prétexte qu'elle introduit une discrimination

8. SNMS, décembre 1913, cité in *ibid.*, p. 132.

9. K. Marx, *Le Capital*, t. II, livre 1^{er}.

entre les bénéficiaires de la loi des pensions et les autres malades. La grève administrative, à laquelle appelle l'USMF, sera un échec : ni l'opinion publique ni même le groupe parlementaire des médecins ne soutiendront son attitude. Mais cette position va entraîner progressivement une scission au sein de l'Union, qui se recomposera en novembre 1927 sous le vocable de Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). 80 % des médecins français sont alors syndiqués.

126 René Lafontaine, trop visiblement anarchiste et anti-étatique, disparaît de la scène en 1925 ; la CSMF reconstituée sera menée par son ex-secrétaire général, Paul Cibrié, plus habile dans sa relation avec les différentes forces sociales qui travaillent le système de santé. La confédération est présidée par le Pr Balthazar, ce qui traduit aussi une certaine forme de réconciliation avec les universitaires. La CSMF va engager le corps médical derrière elle, dans son ralliement à la loi sur les assurances sociales et, le 27 juillet 1930, l'assemblée générale du syndicat vote, par 13 000 voix contre 1 668, « la collaboration du corps médical organisé aux fonctionnements des assurances sociales ». La charte, qui va constituer le cheval de bataille du syndicalisme médical jusqu'à aujourd'hui, s'articule autour de sept points :

- le libre choix ;
- le respect absolu du secret professionnel ;
- le droit à des honoraires pour tout malade soigné ;
- le paiement direct ;
- la liberté thérapeutique ;
- le contrôle des malades par les caisses ;
- le contrôle des médecins par les syndicats.

Cette charte est fondatrice de l'unité apparente du corps médical. Il y a en France, à cette époque, 25 000 médecins, soit un médecin pour 1 600 individus. Dans l'entre-deux-guerres, les médecins vont progressivement se reconnaître comme travailleurs intellectuels (ce qui va conduire certains syndicats appartenant à la CSMF à adhérer à la Confédération générale des travailleurs intellectuels) ; ils sont des bourgeois méritants et, à cet égard, ont délaissé leur velléité de s'associer au syndicalisme ouvrier. Il persiste, pourtant, une nette tendance à l'anti-étatisme que l'acceptation des assurances sociales n'a pas gommée.

« Si nous avions dit à l'État, tu veux des esclaves, nous sommes des hommes libres, il eût fait sa loi et trouvé des esclaves et marché sans nous à la catastrophe qui l'attend ; et serait-il seulement resté vingt médecins fidèles à notre idéal traditionnel, c'était assez pour garder pure la flamme sacrée et pour la transmettre à ceux qui nous suivent en

attendant des jours meilleurs¹⁰ » ; « L'étatisme est une doctrine qui, pour l'organisation de la société, pour la réforme des institutions, pour la gestion temporelle et spirituelle du monde, donne à l'État tous les pouvoirs, tous les devoirs et tous les droits dont l'individu se trouve conséquemment exonéré ou dessaisi¹¹ » ; ou encore : « Dans le monde nouveau qu'on nous prépare, avec Marx comme évangile et la soviétie comme paradis, nous sommes destinés à devenir des employés patentés d'un État tout-puissant¹². »

L'entre-deux-guerres, c'est aussi la confirmation de l'émergence des spécialités en médecine libérale, ce qui contribue à fragiliser le rôle du médecin de famille tel que le rappelait le doyen Brouardel dès 1898 : « Il y a trente ans, il y avait dans la famille un seul médecin. Quand l'un des membres de la famille était atteint d'une affection réclamant un spécialiste, c'était le docteur de famille qui le choisissait. Que se passe-t-il aujourd'hui ? C'est à la dernière page des journaux que l'on cherche le nom du médecin spécialiste¹³. »

127

La CSMF va bloquer les tentatives universitaires de certification de « spécialistes brevetés », qui n'existeront, de fait, qu'à partir de 1947. La Confédération souhaite accepter en son sein les syndicats dits « de spécialistes », tel le syndicat des chirurgiens, sous réserve qu'ils acceptent d'adhérer aux syndicats départementaux, ce qui ne sera pas le cas. En 1926, naît un groupement des syndicats généraux de médecins spécialistes qui réunit les ophtalmologues, les chirurgiens, les ORL, les stomatologistes. La question centrale qui se pose au syndicalisme est de ne surtout pas voir se déployer une tarification qui prendrait en compte la reconnaissance de la spécialité, d'où son opposition à la reconnaissance officielle des diplômes de spécialité. De la même façon, du haut de leur position de conservateurs humanistes, les médecins des années 1930, pour une fois réunis (hospitaliers, universitaires et libéraux), récusent l'accès de la profession aux bacheliers titulaires d'un bac « moderne », sous l'argument que « seule une culture humaine, humaniste, individualiste, peut permettre à l'homme de dominer ses conquêtes, de n'être pas la dupe et la victime ».

10. A. Garrigues, *La Vie médicale*, 10 mai 1931, cité par B. Vergez, *Le Monde des médecins au XX^e siècle*, Bruxelles, Complexe, 1996, p. 217.

11. G. Duhamel, *Cahiers Laennec*, septembre 1935, cité in *ibid.*, p. 220.

12. « Avis aux futurs médecins », *Les Étudiants de France*, 15 mars 1933.

13. Cité par P. Guillaume, *Le Rôle social du médecin...*, op. cit., p. 136.

128 Au lendemain de la Libération, la généralisation de l'assurance maladie et l'instauration d'un tarif opposable (mars 1945) va se heurter, encore une fois, à la CSMF, recomposée en début d'année. L'ordonnance du 19 octobre 1945 prévoyait que les tarifs des actes médicaux seraient négociés dans le cadre de conventions départementales conclues entre les caisses régionales et les syndicats départementaux. Ces conventions deviendraient applicables après accord d'une commission tripartite nationale. Dans les départements qui s'inscrivent dans ce système, les assurés sociaux sont remboursés à 80 % des tarifs opposables, tandis que, dans les autres, ils sont remboursés sur la base de tarifs d'autorité. En 1950, les avatars conventionnels avaient amené 50 départements à la signature, en 1960, 60 ont signé. Le décret du 12 mai 1960 prévoit l'adhésion individuelle à la convention dans les départements non conventionnés et le droit au dépassement pour certains médecins autorisés. La CSMF, confrontée à la multiplication des adhésions individuelles, signe en juillet 1960 un accord avec la Fédération nationale des organismes de sécurité sociale, marquant ainsi son retournement face au décret. Cette étape constitue le démarrage d'une intervention accrue de l'État dans la régulation du système. Une partie des adhérents de la CSMF manifeste son désaccord avec cette signature en (re)formant, en 1961, l'Union nationale des syndicats de France avec certains syndicats départementaux non signataires (notamment Rhône et Seine). En 1968, cette union prend le nom de Fédération des médecins de France. De 1960 à 1971, ce système conventionnel va parfaitement fonctionner puisque en 1970 80 % des médecins libéraux sont conventionnés, soit à titre collectif, soit à titre individuel. Toutefois, face aux menaces des caisses et des pouvoirs publics de remettre en question le paiement à l'acte, compte tenu de la croissance des dépenses de santé, l'idée d'une convention nationale est avancée par la CSMF. Le 3 juillet 1971, une loi fixe les règles des rapports entre les caisses nationales et les syndicats de médecins dits « représentatifs ». Ces conventions nationales sont renouvelées tous les quatre ans. En 1971, la convention est signée par la CSMF et, en 1976, par la FMF et la CSMF ; en 1980, l'apparition d'un secteur à honoraires libres est l'objet de fortes tensions au sein de la CSMF, notamment parmi les généralistes, qui s'y opposent, ce qui donne naissance, au sein de la CSMF, à la Fédération nationale des omnipraticiens français qui deviendra, en 1984, l'Union nationale des omnipraticiens français.

LA RÉGULATION ÉCONOMIQUE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Si le syndicalisme médical se confond jusque dans le début des années 1970 avec la CSMF, la décennie qui débute dans le milieu de ces années va voir réapparaître le clivage entre une médecine sociale et une médecine libérale. Cette effervescence constitue, pour une part, une conséquence de mai 1968 et des idées alternatives portées par les médecins de groupe visant à recentrer l'exercice de la médecine autour des véritables causes des maladies (on retrouve là les thèses développées soixante-dix ans plus tôt par le SNMS) et, d'autre part, une réaction aux champs de forces qui semblent vouloir peser de plus en plus sur la régulation du système de santé, en premier lieu la maîtrise des dépenses de santé. Cette préoccupation n'est pas nouvelle puisque, déjà en 1946, le ministre Croizat adressait une circulaire aux directeurs régionaux des assurances sociales dans laquelle il exposait les éléments d'une maîtrise des dépenses de santé : « Il est nécessaire qu'une franche collaboration entre le corps médical et les caisses permette de restreindre, dans toute la mesure du possible, les dépenses qui ne sont pas nécessaires au rétablissement de la santé des individus¹⁴. »

129

La nouveauté, depuis la fin des années 1970, est que le problème de la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie est présenté comme un facteur indispensable à la dynamique et à la compétitivité de notre pays, ce qui aurait dû inciter les partenaires sociaux à penser et travailler la transformation de notre système de santé.

Mais la résistance du corps médical vis-à-vis de l'évaluation, la dégradation des rapports entre la médecine de ville et celle de l'hôpital, l'absence de véritables élites technocratiques au sein du monde de la santé, capables de négocier la mise en place de nouveaux modèles d'organisation et de régulation, et, surtout, le manque d'implication des véritables élites médicales, qui s'attachent depuis 1958 à étayer l'hôpital universitaire comme l'élément central du dispositif sanitaire, ont conduit, pendant les années 1980, les partenaires sociaux à évacuer cette réflexion vers l'avenir.

Dès lors les questions suivantes sont restées sans réponse :

14. Cité par *Médecin de France*, n° 883, 3 décembre 1998.

Comment mettre en place des mécanismes de contrôle et de reddition de comptes qui permettent effectivement de cogérer la dépense ?

Comment bâtir des formes d'organisation plus efficaces face à l'évolution de la demande de soins et aux besoins de santé ?

Comment faire évoluer les revenus de chaque segment de la profession et anticiper sur les besoins démographiques ?

Comment promouvoir de nouveaux mécanismes de financement de la protection sociale ?

130 Pourtant, les thèses d'une médecine alternative auraient pu constituer, dès la fin des années 1970, le fondement d'un syndicalisme médical orienté vers une médecine plus sociale et vers une transformation des modes de régulation du système de santé qui auraient pu s'épanouir avec la gauche triomphante et auraient peut-être ainsi permis de créer de l'irréversibilité dans le système. Mais l'espace de manœuvre politique, pour ce type d'initiative, s'est rapidement restreint entre l'hostilité des hospitaliers aux réformes de structure et les revendications des médecins libéraux s'exprimant dans la rue.

A côté de la CSMF et de la FMF, vont naître le Syndicat de la médecine libérale (SML), fin 1981, qui forge son identité sur l'appartenance au secteur 2 et qui va se poser comme un concurrent de la FMF, ainsi que, début 1985, le syndicat MG France, qui est, à la base, constitué d'un regroupement de membres du Syndicat de la médecine générale (créé en 1975 et transformé en 1979 en Union des syndicats médicaux), du Comité Vigilance et Action de la CSMF (créé en 1981 en réaction à la création du secteur 2) et du Mouvement d'action des généralistes. Par ailleurs, est née en 1985 l'Union des médecins spécialistes au sein de la CSMF. En dehors de l'UCCSF (Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français) créée en 1992, le paysage actuel du syndicalisme médical français libéral, appelé à une éventuelle négociation avec les caisses nationales, est donc en place depuis 1985.

Dans les années 1980 et au début des années 1990, le rythme de vie des syndicats est simple ; il consiste dans un premier temps à obtenir le label de syndicat représentatif, dans un deuxième temps à signer ou ne pas signer la convention, puis dans un troisième temps à participer aux différentes instances qui accompagnent la mise en œuvre conventionnelle, dont la commission de la nomenclature, les commissions paritaires, et enfin, éventuellement, à descendre dans la rue et agiter le spectre de la liste d'attente. Cette vision de la vie des syndicats pendant treize ans montre à quel point leur rôle se limite principalement à un quadrille avec

les caisses. Même si progressivement, pendant cette période, se révèle l'habileté de certains danseurs qui tentent d'introduire de nouvelles figures (l'avenant n° 1 de la convention de 1990 signé par MG France, qui prévoyait la possibilité d'un abonnement auprès du généraliste, par exemple), aucune réelle avancée n'a été notée dans l'organisation du système de santé libéral. A l'inverse, les rapports de forces entre syndicats ont considérablement changé durant cette période, ce qui sera confirmé par les élections aux unions professionnelles de 1994. Le SML a réussi sa percée et l'ultralibéralisme est en place. MG France est devenu le premier syndicat de généralistes. La FMF est affaiblie. La CSMF apparaît plutôt comme un syndicat de spécialistes malgré l'UNOF.

Parallèlement, mais sans grande ampleur, se confirme dans les hôpitaux publics un syndicalisme qui va se mobiliser, d'abord en 1982 pour la défense du secteur privé à l'hôpital, puis s'organiser autour de deux pôles : l'Intersyndicale nationale des médecins hospitaliers créée en 1983 et, par scission, en 1984 la future Coordination nationale, la première plutôt organisée pour accompagner l'évolution de l'organisation hospitalière, la seconde plutôt orientée vers la défense statutaire.

131

Derrière cette première approche de la division de la représentation syndicale existent d'innombrables segmentations, par spécialités et à l'intérieur même de chaque spécialité. Les disciplines médicales peuvent créer plusieurs syndicats qui peuvent ainsi investir chacun les syndicats « rassembleurs ». C'est ainsi que la dernière enquête de représentativité au niveau des syndicats de spécialistes montre la hiérarchie suivante (un syndicat est représentatif si le nombre des cotisants dépasse le seuil de 5 % du total des spécialistes) : CSMF (UMESPE) = 6 221, FMF = 3 883, SML = 3 383, UCCSF = 3 369. A titre d'exemple, l'UMESPE regroupe 37 syndicats de spécialistes.

Ce qui semble frappant, dans cette période, c'est la capacité des syndicats à réduire la convention à une perspective essentiellement tarifaire, ce qui a concouru à rendre de plus en plus fragile la crédibilité du système conventionnel et conduit progressivement à l'idée d'enveloppes globales et sectorielles. Même si l'avènement de l'économie dans le système de soins s'est traduit par la mise en place du tableau statistique d'activité du praticien depuis 1971, par l'engagement des partenaires de la convention d'organiser la maîtrise concertée des dépenses d'assurance maladie, par la création d'instances paritaires départementales chargées de contrôler l'activité des praticiens libéraux depuis 1980, et par l'instauration du budget global et l'implantation progressive du PMSI pour

les hôpitaux publics depuis 1983, ces dispositifs, pour des raisons évoquées dans de multiples rapports, n'ont pas pu infléchir durablement l'évolution à la hausse des dépenses d'assurance maladie.

La loi Teulade du 4 janvier 1993, qui instaure la « maîtrise médicalisée », va représenter la victoire des tenants d'une régulation individuelle des pratiques professionnelles. Cette loi prévoit la mise en forme de dispositifs adaptés : les unions professionnelles, le codage des actes en nature, les références médicales opposables, le dossier médical pour les patients polyopathologiques. Le 21 octobre 1993, la CSMF et le SML signent une nouvelle convention, qui met en œuvre les principes de la loi. Ce modèle de régulation individuelle, par les outils qu'il suppose (notamment, un système d'information adapté aux exigences de suivi de l'activité individuelle par rapport aux normes de bonnes pratiques), est très complexe à installer parce qu'il nécessite un investissement considérable des syndicats et des caisses dans un savoir-faire qui est quasiment inexistant en France. La montée en charge extrêmement lente du PMSI dans les établissements hospitaliers a révélé la difficulté de bâtir des systèmes d'information médicalisée, pour des raisons politiques certes, mais également pour des raisons techniques (aux États-Unis, la tradition de collecte systématique de données médicalisées remonte aux années 1950). Au-delà de cet aspect technique, la « maîtrise médicalisée » individuelle repose également sur un apprentissage conjoint des personnels des caisses et des représentants professionnels, ce qui nécessite un minimum de confiance entre partenaires et l'adhésion des professionnels de terrain. L'impact de la « maîtrise médicalisée » va s'avérer payant, dans un premier temps, puisqu'en 1994 la croissance des dépenses d'assurance maladie sera inférieure à celle du PIB (l'effet « radar »). Toutefois, en 1995, elle n'atteindra pas le résultat escompté (faute, peut-être, d'outils de suivi adapté ou d'une stabilité électorale prévisible).

La convention de 1993 repose principalement sur le contrôle individuel des pratiques à partir de normes validées par les professionnels ; ce dispositif signe l'aboutissement d'une vision individualisante de la régulation du système de soins libéral puisqu'il fait l'hypothèse que le contrôle de l'application de standards par praticien permettra d'optimiser l'usage des ressources collectives.

L'organisation scientifique du travail (la décomposition en tâches standardisées) appliquée à la médecine contribuerait à rendre plus efficient le système de santé. Schématiquement, la bonne régulation économique se conçoit comme la somme des bonnes pratiques individuelles de prescription, comme si la juxtaposition de comportements

professionnels vertueux pouvait entraîner par sommation une juste régulation économique collective¹⁵.

La médecine libérale considère que, si la réponse qu'elle apporte individuellement au patient est légitimée d'un point de vue scientifique, elle le devient socialement d'un point de vue économique. Cette vision de la régulation marque définitivement la victoire d'une médecine « libérale » qui se méfie de l'organisation du social.

Ce thème de la légitimité scientifique de la dépense va constituer également le cheval de bataille de l'opposition au plan Juppé d'une partie des syndicats autour du thème de l'objectif national des dépenses. « Imposer un taux d'évolution comptable n'est qu'une vision à court terme. Construire un taux médicalisé est la solution de l'avenir. L'opposabilité d'un taux ne pourrait être acceptée que sur une base médicale¹⁶. » L'objectif national des dépenses d'assurance maladie ne peut se déterminer qu'à travers une agrégation des besoins individuels « médicalisés », comme si les besoins de santé d'une société pouvaient se résumer à la somme des demandes individuelles de prise en charge médiatisée par le médecin. Il y a, dans cette prise de position, une vision extrêmement caricaturale de la régulation libérale, puisqu'il suffirait ainsi aux médecins d'évaluer les besoins du marché et de proposer à l'État et aux caisses de les solvabiliser. La médicalisation de la régulation est un piège idéologique, parce qu'elle oblige, en quelque sorte, l'État à faire la preuve qu'il peut contradictoirement et scientifiquement déterminer quels sont les besoins de santé. Les médecins ne peuvent dès lors être tenus pour responsables collectivement de la croissance des dépenses de l'assurance maladie puisqu'ils ne peuvent que répondre scientifiquement à la demande individuelle de prise en charge.

133

CONCLUSION

Un siècle est passé et une grande partie de la représentation syndicale libérale continue de montrer qu'elle ne croit toujours pas au rôle de l'organisation sociale comme facteur de progrès. Elle a malgré tout assimilé les discours technocratiques sur la nécessité de bâtir des instruments de régulation « scientifique » des pratiques individuelles, ce qui rend la

15. Rapport de la mission de concertation sur l'avenir de la médecine de ville, remis à Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, et à Bernard Kouchner, secrétaire d'État à la Santé, par François Stasse, conseiller d'état, le 15 juin 1998.

16. Y. Decalf, président de l'UMESPE, *Le Médecin de France*, 30 mars 1996.

rédaction des conventions de plus en plus complexe puisqu'elles doivent décrire l'ensemble des mesures qui permettent d'encadrer l'exercice libéral. Mais cet exercice conventionnel ne peut résumer, à lui seul, le potentiel de transformation du système de santé parce qu'une grande partie des médecins libéraux, notamment les acteurs de la première ligne, ne se reconnaît plus dans ce façonnage idéologique de ce qui devrait théoriquement constituer son rôle. Les situations de travail dans la « vraie vie » nécessitent de plus en plus d'interactions et de négociations entre professionnels, mais aussi avec le patient.

Ces pratiques coopératives vont-elles progressivement s'organiser, s'institutionnaliser et constituer de nouveaux repères pour les professions libérales ou connaîtront-elles le même destin que les médecines alternatives ? L'enjeu, pour les pouvoirs publics, est aujourd'hui d'accompagner ces transformations organisationnelles « coûte que coûte », en essayant de dénouer le piège de la « maîtrise médicalisée ».

R É S U M É

Les syndicats de médecins n'ont pas pu s'inscrire comme acteurs de la régulation professionnelle depuis plus d'un siècle, parce qu'ils n'ont pas su travailler les tensions qui ont traversé et traversent le corps médical. Ils n'ont pu, dès lors, que porter une vision de la pratique médicale organisée autour d'une médecine de l'individu, d'une médecine non administrée, d'une médecine de ville, ce qui les a conduits à ne penser l'organisation et la régulation du système de soins qu'au travers d'une approche tarifaire. Aujourd'hui, l'indispensable maîtrise des prélèvements sociaux constitue une contrainte incontournable qui appelle de nouvelles formes d'organisation de la prise en charge des patients. Mais, pour avancer dans cette voie avec le corps médical, les pouvoirs publics devront se sortir de la « maîtrise médicalisée », qui constitue un véritable piège idéologique tendu par le syndicalisme libéral.

L'ORDRE DES MÉDECINS : QUELS POUVOIRS ?

DEPUIS SA CRÉATION, l'Ordre des médecins est un organisme volontiers qualifié de « secret », auquel on attribue traditionnellement un « pouvoir » plus ou moins confidentiel, parfois jugé insuffisant ou, au contraire, regretté voire nié. La réalité est en fait beaucoup plus complexe. 135

UNE HISTOIRE DÉJÀ LONGUE

Du XIX^e siècle à 1945 : une élaboration prolongée

En 1845, un congrès médical à Paris affirme la nécessité pour les médecins d'une discipline corporative, par la création de collèges médicaux. Leurs buts seraient doubles : assurer le maintien de la dignité professionnelle par une autodiscipline stricte ; soutenir les droits des médecins vis-à-vis de l'État et de ses lois. L'idée de ce projet disparaîtra avec la révolution de 1848.

Le syndicalisme médical, apparu en 1880, reprend ces thèmes et, dès 1895 (année de la suppression des officiers de santé), se prononce en faveur de la création d'un Ordre professionnel doté de pouvoirs disciplinaires. Les responsabilités nouvelles dévolues aux médecins par la révolution pastorienne alimentent le désir d'une juridiction professionnelle qui protégerait et, si nécessaire, sanctionnerait les praticiens dans un cadre différent de celui des syndicats médicaux (qui ne pouvaient alors que proposer des « conseils de famille » admonestant et excluant éventuellement de leur sein les praticiens fautifs). La Première Guerre mondiale interrompt toute concrétisation de ces demandes.

A partir de 1923, les projets de loi visant à créer un Ordre des médecins se multiplient, corrélés pour une part au débat sur la création

des assurances sociales. Différentes conceptions s'affrontent autour de ces projets, sur les rôles (donc les pouvoirs) dévolus à l'État, aux structures médicales scientifiques (université, académie de médecine), à un Ordre professionnel des médecins (avec participation ou non de magistrats), à côté des syndicats médicaux qui ne peuvent prendre en charge les problèmes de morale médicale et de discipline professionnelle.

Le cataclysme de 1939 donne un nouveau coup d'arrêt à la création d'un tel Ordre professionnel des médecins. Mais, dans une optique très corporatiste, deux lois datées de 1940 et de 1942 créent un organisme appelé Ordre des médecins. En 1943, le Comité français de libération nationale, à Alger, institue un nouvel Ordre des médecins avec des membres élus, coexistant avec les syndicats médicaux, dont l'existence est rétablie. Lors de la Libération, une ordonnance de décembre 1944 met fin à l'Ordre des médecins institué par les lois de Vichy et met en place un organisme provisoire de gestion de l'exercice médical, de rôle à la fois ordinal et syndical.

136

Cette longue histoire allait trouver une issue en 1945.

1945 : l'Ordre dans la réorganisation du pays

C'est en effet par une ordonnance du 24 septembre 1945 que l'Ordre des médecins actuel est institué, coexistant avec les syndicats médicaux. C'est un organisme privé ayant mission de service public, composé de médecins élus par leurs confrères, avec des conseils aux niveaux départemental et régional et un conseil national.

Les pouvoirs de l'Ordre sont définis par la loi (article L 382 du Code de la santé publique) :

« L'Ordre des médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, et à l'observation par tous ses membres des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie [...]. Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale [...].

« Il peut organiser toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit. »

Le premier Code de déontologie médicale opposable aux médecins dans ce cadre est promulgué en 1947. De nouvelles versions en seront publiées en 1955, 1979 et septembre 1995 – quelques articles ont été modifiés en mai 1997.

*De 1945 à nos jours :**une adaptation obligée dans un cadre inchangé*

Les caractéristiques de l'Ordre des médecins, ses missions, n'ont pas été modifiées depuis 1945... alors que la société, tout comme le corps médical, se sont profondément transformés.

De 1945 à nos jours, en un demi-siècle, le nombre de praticiens en exercice est passé de 35 000 à 190 000. Les progrès de la médecine et les technologies, la mise en place de multiples spécialités, la diversification des modes d'exercice (hospitaliers, salariés, libéraux...), le développement des organismes de sécurité sociale, l'importance croissante des problèmes économiques et bien d'autres facteurs ont radicalement transformé les relations entre les médecins, leurs patients et les pouvoirs publics. La situation sociale du médecin s'est transformée : le « notable » est devenu un « praticien actif », en prise directe avec une réalité difficile.

137

Les « pouvoirs » de l'Ordre tendent à évoluer, tout en restant justifiés par les mêmes missions fondamentales. Ainsi, à son rôle administratif et juridique de plus en plus complexe, s'associe un rôle « de conseil », parfois d'orientation, auprès de médecins n'ayant eux-mêmes plus de réels pouvoirs, mais de lourdes responsabilités. D'autre part, la juridiction professionnelle se complexifie : les médecins hospitaliers dépendent maintenant dans leurs fonctions de structures disciplinaires et juridiques particulières. Seule leur responsabilité déontologique personnelle, en dehors de leurs statuts d'exercice, relève de la juridiction ordinale. Les rapports conventionnels entre Sécurité sociale et médecins d'exercice privé aboutissent à la création de nouvelles juridictions ordinales présidées par un magistrat (section des assurances sociales des conseils régionaux de première instance et de la juridiction nationale d'appel).

LA SITUATION ACTUELLE

Les attributions de l'Ordre des médecins restent très précises, encadrées par des textes législatifs et réglementaires, avec pour finalité globale l'optique d'une médecine de qualité au bénéfice des patients.

Rôles administratifs

– Inscription obligatoire de tout médecin au tableau de l'Ordre pour pouvoir exercer, après présentation par l'intéressé d'un dossier circonstancié ;

– reconnaissance des qualifications médicales (médecine générale, spécialités) ;

– surveillance des modalités de remplacement des praticiens d'exercice libéral ;

– contrôle des contrats établis par les médecins pour leur exercice, obligatoirement communiqués à l'instance ordinaire, de même que les conventions établies entre praticiens et industriels biomédicaux ;

– examen des quelques situations particulières pouvant limiter l'installation en pratique privée (après remplacement, en contiguïté avec un autre praticien, en cas de second cabinet...), sachant que, contrairement à d'autres professions de santé, le lieu d'ouverture d'un cabinet médical reste totalement libre ;

– contrôle de l'organisation des gardes médicales.

Ces différentes situations sont l'objet de décisions motivées, prises par les conseils départementaux de l'Ordre et transmises au médecin, lequel a la possibilité d'en faire appel au Conseil national, voire, en dernier recours, au Conseil d'État.

138

Responsabilités déontologiques

Au cœur des missions de l'Ordre, elles représentent le deuxième volet important de ses attributions, puisqu'il est chargé de veiller à l'observation par les médecins des dispositions du Code de déontologie.

Ce texte, régulièrement mis à jour, est publié sous forme de décret interministériel, s'appliquant à tous les praticiens en exercice. Au travers de ses 114 articles, il régit tous les aspects de l'exercice médical, dans le cadre d'une médecine au service de l'individu et de la santé publique.

Le respect de l'indépendance professionnelle des médecins, du secret professionnel institué dans l'intérêt des patients, le droit de ces derniers de choisir librement leur médecin, l'énoncé des différents devoirs du médecin envers les patients – notamment les devoirs d'informer et d'obtenir le consentement du patient aux soins proposés –, les rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé, les règles particulières s'appliquant aux différentes formes d'exercice médical en représentent les jalons essentiels.

Dans l'application de ces règles déontologiques de l'exercice médical, l'Ordre a, dans un premier temps, un pouvoir de conseil, de conciliation, d'ordre « moral et confraternel » vis-à-vis des praticiens. Ces pouvoirs sont d'autant plus importants que l'évolution de la médecine et l'intrusion entre le patient et ses médecins (car il en a souvent plusieurs) d'organismes de couverture médico-sociale compliquent singulièrement le classique « colloque singulier » entre le malade et son médecin. L'Ordre a, de plus, un pouvoir disciplinaire.

Responsabilités disciplinaires

C'est le dernier volet, parfois le seul connu parce que le plus manifeste, du pouvoir de l'Ordre sur les médecins.

A la suite d'une plainte écrite adressée au conseil départemental de l'Ordre, ou à l'initiative de celui-ci, tout médecin peut être traduit devant la juridiction ordinaire pour non-respect d'articles du Code de déontologie. Les sanctions encourues vont de l'avertissement au blâme et à l'interdiction d'exercer temporaire ou définitive (pouvant être réétudiée après trois ans). La juridiction de première instance est au niveau régional, avec possibilité d'appel au niveau national, puis au Conseil d'État. Un cheminement parallèle existe spécifiquement pour les plaintes déposées à l'encontre de praticiens par les caisses de sécurité sociale, notamment pour non-respect des dispositions légales et des accords conventionnels entre médecins et organismes d'assurance maladie.

139

Il apparaît bien que, dans cet ensemble très varié, l'Ordre a des pouvoirs précis, codifiés, incontestables sur les médecins, qui peuvent éventuellement faire l'objet de procédures d'appel.

Cela ne doit pas occulter la réalité concomitante de « pouvoirs confraternels », d'incitation, de conseil, de responsabilisation assumée par les conseillers ordinaires auprès de leurs confrères. Ces conseillers élus ont une tâche de plus en plus lourde et doivent être de mieux en mieux formés à cette activité. L'on ne doit pas occulter non plus, non pas le pouvoir, mais le rôle d'information et de conseil de l'institution ordinaire vis-à-vis des patients, des personnes, des médias, dans certains cas des administrations...

Il faut rappeler que ces activités n'incluent pas la défense des intérêts matériels des praticiens, réservée aux syndicats médicaux.

L'Ordre est souvent considéré comme une institution fermée, corporatiste, alors qu'elle est de plus en plus ouverte sur le monde extérieur. Ainsi les médias et les patients ont-ils souvent de la peine à distinguer, dans tout ce qui touche à la santé, les rôles précis (dont les possibilités de pouvoirs !) des administrations, des organismes de protection sociale, des syndicats médicaux, de l'Ordre.

Au sein de cette complexité, parallèlement aux évolutions profondes de notre société, aux conditions de prise en charge de la santé – questions qui outrepassent nettement le traitement des maladies –, les pouvoirs, ou plutôt les missions de l'Ordre et les moyens dont il dispose sont-ils toujours adaptés ? Sont-ils excessifs ? Insuffisants ?

QUELS BESOINS, QUEL DEVENIR ?

Les cinquante-quatre années de fonctionnement de l'Ordre ont démontré l'utilité d'une telle structure composée de professionnels, responsables dans des limites fixées par la loi de l'organisation de leur exercice, du respect des règles déontologiques de leur pratique, de la juridiction appréciant les manquements à ces mêmes impératifs déontologiques. Les oppositions de principe qui se sont manifestées à l'égard de la structure ordinale n'ont pas résisté à la réalité des faits. Cette réflexion s'applique d'ailleurs à l'ensemble des Ordres professionnels. Certaines professions de santé qui n'en sont pas pourvues demandent la création de leur propre ordre – le terme même de déontologie est de plus en plus
140 employé dans de multiples circonstances.

Pour autant, l'on ne doit pas non plus occulter les défis auxquels l'Ordre des médecins (comme d'autres) est confronté. Défis sous-tendus par les deux interrogations inédites et incontournables qui se posent actuellement dans le domaine de la santé. Tout d'abord l'efficacité, et surtout la multiplicité des thérapeutiques actuellement envisageables pour la plupart des maladies, imposent des choix, des stratégies de prise en charge qui ne sont plus seulement liés à l'expérience et aux connaissances d'un seul médecin traitant. Les protocoles de diagnostic et de traitement sont ainsi de plus en plus consensuels, et l'appréciation, l'évaluation, les contrôles de la qualité des soins sont devenus obligatoires d'un point de vue éthique. La seconde interrogation tient à l'accroissement inévitable des coûts de la santé, du fait notamment du développement des moyens de traitement, du vieillissement des populations, des exigences de plus en plus nettes de maintien de la santé, qui imposent de tenir compte de contraintes économiques et d'optimiser les dépenses.

Face à ces évidences, tout comme devant l'évolution des mentalités de nos sociétés, les structures responsables, entre autres l'Ordre des médecins, ont à s'interroger sur la validité de leur rôle et de leur action. Il leur faut évoluer, sachant que l'Ordre des médecins, créé et organisé par la loi, ne peut être modifié, tant dans ses objets que dans ses moyens, que par des textes législatifs. C'est dire la difficulté de concrétiser les évolutions estimées souhaitables par les membres de l'Ordre et de nombreux médecins sans l'appui de nouveaux aménagements correspondants de la loi.

Quelles orientations, quelles modifications se rapportant aux rôles et prérogatives de l'Ordre sont actuellement nécessaires ? Quelques

exemples significatifs et d'importance variable illustreront l'actualité du problème.

Besoins de nouveaux modes de fonctionnement

Parallèlement aux nouveaux champs territoriaux de responsabilité, la création d'une structure administrative régionale de l'Ordre des médecins, dotée de pouvoirs complétant ceux des conseils départementaux, serait opportune.

L'adaptation des modes d'élection se justifierait également, permettant une représentativité réelle au sein de l'Ordre des différents modes d'exercice et qualification des médecins, dont nous avons souligné le polymorphisme ; cette amélioration optimiserait la qualité de la représentation ordinale et la validité de ses décisions.

141

La juridiction professionnelle de l'Ordre

Il apparaît nettement que les droits des plaignants non médecins devront être plus nettement affirmés – ils restent toujours considérés comme des « témoins », entraînant par leur déclaration de plainte la saisine de la juridiction professionnelle par l'intermédiaire des conseils départementaux alertés, mais sans possibilité de leur part d'appel des décisions de cette juridiction. Cette réflexion est à mettre en parallèle avec l'évolution du rôle des patients dans le consentement aux soins qui leur sont proposés, où l'on est passé d'une conception « paternaliste » de la relation médecin-malade (le « pouvoir médical » pour le bien des malades) au principe d'autonomie décisionnelle du patient dans le consentement aux soins, véritable codécision basée sur l'information du malade par son médecin.

Applications de la déontologie

La complexité croissante de l'exercice médical, les approches scientifiques et sociales de la médecine créent de nouveaux besoins et justifient, dans l'intérêt des patients, l'adaptation des grands principes déontologiques de l'exercice médical. L'Ordre peut aider à en fixer les nouvelles modalités d'application.

Il en est de même des objectifs, plus souvent concordants que divergents, de l'économie de la santé et de la recherche de qualité des pratiques médicales.

Organisme responsable, l'Ordre ressent le besoin de pouvoir mieux faire prendre en compte les procédures d'avis qu'il est chargé de donner aux pouvoirs publics lors des discussions concernant l'élaboration de nouveaux textes réglementaires ayant trait à l'exercice médical.

Les pratiques médicales

Les nécessités d'exercice de différentes spécialités peuvent créer des situations conflictuelles entre déontologie médicale et pouvoir économique. Ainsi en est-il de certains contrats de pratiques médicales au sein d'établissements privés de soins ou d'hospitalisation. Des dispositions antidéontologiques imposées à des praticiens (en état de dépendance pour sauvegarder leur plateau technique d'exercice) pourraient-elles justifier un pouvoir ordinal de saisine des tribunaux à l'encontre des cocontractants non médecins ? La question a été posée.

La démographie médicale

142 Elle est un sujet sérieux de préoccupation, au regard de la diminution progressive du nombre de médecins, du choix de filières de formation de spécialistes parfois non adapté aux besoins réels des populations. Ajoutés à la liberté d'installation en pratique privée, ces facteurs créent des distorsions de plus en plus criantes entre le nord et le sud de l'Hexagone, les zones urbaines et rurales...

Le fichier national des médecins tenu à jour à partir du tableau de l'Ordre permet des études démographiques de qualité reconnue.

A côté du souhait d'une orientation de la formation des étudiants en médecine adaptée aux besoins, des incitations d'installation dans des zones géographiques insuffisamment pourvues aideraient à rééquilibrer les flux de médecins à partir de critères médicaux – et non uniquement de critères économiques, comme cela a pu être proposé.

Ces dispositions pourraient compléter les orientations en matière d'implantation des établissements hospitaliers, et concourir à une meilleure cohérence de l'offre de soins dans notre pays.

Les démarches de qualité

Des décisions médicales de prise en charge, aboutissant à de véritables codes de bonne pratique, sont définies à partir de procédures d'évaluation consensuelle. La participation des médecins à ces démarches, la reconnaissance et la confirmation de leurs efforts en ce sens deviennent indispensables. Les principes de telles options découlent du Code de déontologie. Une officialisation de ces procédures pourrait donner la possibilité à l'Ordre de devenir garant de ces démarches de qualité, à partir de justificatifs appropriés.

Ces quelques exemples montrent que, face à des organismes scientifiques habilités, une évolution du rôle dévolu à l'Ordre des médecins

pourrait, entre autres, permettre de mieux répondre aux exigences des nouveaux besoins dans le domaine de la santé. Cela concernerait en particulier la cohérence entre l'organisation de l'offre de soins et les besoins réels des populations, ainsi que la qualité de l'exercice médical, en d'autres termes la confirmation de la compétence des praticiens.

De telles responsabilités confiées à l'Ordre, appliquées par des médecins élus, assistés dans les procédures juridictionnelles par des magistrats, correspondraient à un mécanisme d'autodiscipline de la profession médicale, associant à son rôle juridictionnel une dynamique d'incitation confraternelle.

EN CONCLUSION

Depuis plus de cinquante ans, la stabilité du fonctionnement de l'Ordre, favorisée par les « Trente Glorieuses », a confirmé, pérennisé son rôle, ses pouvoirs, son ancrage dans les rouages de notre société, au même titre que bien d'autres organismes officiels. Et ce, malgré les multiples aléas de leur mise en place. 143

Cette stabilité a été bénéfique à plus d'un titre.

Force est de constater que l'on est entré dans une nouvelle période de notre histoire, caractérisée par des exigences plus grandes et des moyens plus limités.

En matière de santé, à côté des autres structures représentatives de la profession médicale, l'Ordre se trouve en position de conciliateur entre les médecins et les pouvoirs publics. Avec de nouveaux moyens, il pourrait être un garant de la recherche de la qualité dans l'exercice médical qui seule peut contribuer à éviter un véritable rationnement face aux difficultés actuelles.

Telle est la situation à laquelle se voit confrontée une institution dont, plus que les « pouvoirs », les attributions, responsabilités et moyens mériteraient d'être actualisés.

R É S U M É

Faisant suite à plusieurs projets élaborés depuis 1845, l'Ordre des médecins a été créé en 1945. Ses moyens et ses rôles sont définis par la loi. Composé de médecins élus par leurs pairs, l'Ordre a un rôle administratif et des responsabilités déontologiques et disciplinaires qui se sont diversifiés en fonction des transformations de notre société et de l'exercice médical. Actuellement, l'efficacité et la multiplicité des thérapeutiques, imposant un contrôle de la qualité des soins, et les incidences économiques des coûts de la santé sont au premier plan des préoccupations sanitaires. Conciliateur entre les médecins et les pouvoirs publics, l'Ordre pourrait contribuer, par une actualisation de ses attributions et de ses moyens, à relever ces défis.

C H R O N I Q U E S

LA RECOMPOSITION DES TERRITOIRES

Réponse à l'article de M. Gilles Savary, « Le principe d'intégration-subsidiarité : solution au dilemme territorial français ? », paru dans notre n° 88. 147

La politique de recomposition du territoire repose sur une démarche qui vise à identifier des communautés humaines spontanément et pragmatiquement façonnées et regroupées, à reconnaître leur territoire, à les doter d'institutions, de réseaux et de moyens leur permettant de résoudre leurs problèmes collectifs. Elle ne se limite pas à un simple remodelage de la carte de nos institutions territoriales, mais doit prendre en compte le changement de nature des enjeux collectifs territoriaux et promouvoir leur prise en charge.

La recomposition du territoire est une politique de restructuration de l'État républicain dans une optique de subsidiarité. Celle-ci s'impose tant au plan local que national et européen et s'inscrit dans la perspective d'une compétition mondiale qui n'interfère plus seulement avec la vie des nations et l'action des États, mais affecte des groupes humains nouveaux et divers, des ensembles différents et multiples de citoyens répartis sur la planète et d'abord sur notre territoire.

C'est un fait que plusieurs forces influent sur la répartition de la population et des activités sur notre territoire et sur celui de l'Europe. Elles agissent de façon désormais intense et à bien des égards imprévisible quand elles découlent d'innovations technologiques aux multiples sources.

Ainsi, au travers de la vieille trame posée à la Révolution sur notre territoire pour organiser l'administration égalitaire des personnes et des biens dans le cadre des lois d'un État unitaire, centralisé et hiérarchique, des mutations importantes se produisent. Polarisation intercontinentale d'activités exercées sur un marché devenu mondial, part grandissante de la population se pressant dans des agglomérations urbaines improvisées, de plus en plus grandes et composites, perte de substance humaine et économique d'un monde rural riche d'expérience, de culture, écrin de notre patrimoine et de notre histoire. Telles sont les nouvelles facettes du prisme national. Elles transgressent notre organisation territoriale originelle.

Ces mutations révèlent que les territoires communaux et départementaux institués en 1789 et complétés depuis par des regroupements de départements institués en régions, pour la plupart artificielles, ne correspondent plus au cadre géographique de l'existence quotidienne des habitants ni ne leur permettent de contrôler les réseaux transnationaux de leurs activités.

L'analyse des réalités a conduit divers observateurs à cette évidence que les territoires réels d'aujourd'hui s'identifient à l'aide des notions de bassin de vie, de bassin d'emploi et de réseaux et non plus par addition et regroupement multicritère et multiforme de territoires anciennement institués et ne communiquant entre eux et avec l'étranger qu'en transitant par le pouvoir central.

Le bassin de vie est le territoire sur lequel doivent converger tous les services collectifs aux personnes et aux familles que la société moderne et la puissance publique qui la gouverne doivent assurer aujourd'hui de façon permanente. Ce sont par définition des services d'usage fréquent et, nécessairement, de proximité. Ils sont d'essence communale même si les institutions communales existantes ne les assurent pas et ne peuvent le faire isolément chacune pour elle-même. La conjugaison de ces services sur les territoires réels devrait être la substance de l'administration communale de demain.

Si les communes qui existent sont, pour diverses raisons, indestructibles, leur fragmentation et les très grandes différences de leur capacité à agir obligent à rechercher de nouvelles procédures et organisation institutionnelles leur permettant de participer à l'aménagement et au développement du et des territoires. L'expérience montre que

la politique des EPCI (établissements publics de coopération intercommunale) tels qu'institués se heurte aux mêmes limites que celles que rencontrent les communes et qu'elle ne réussit pas à recomposer les territoires.

Le bassin d'emploi est un territoire généralement plus vaste sur lequel sont observables des solidarités et des complémentarités entre des ensembles cohérents de population active et des grappes solidaires d'entreprises et d'activités. Leur dimension est variable, leur durée aussi.

Ces deux types de territoire ne sont pas institués comme tels, ni de façon complémentaire les uns par rapport aux autres, et ensemble vis-à-vis de la nation et de l'Europe. Il a fallu recourir à des accommodements institutionnels compliqués et peu efficaces avec la trame ancienne pour que les communes représentatives des groupements humains primaires d'autrefois puissent se hisser sans se dissoudre à des niveaux de coopération institutionnelle sur des territoires plus vastes. Mais ces accommodements sont-ils représentatifs des communautés humaines d'aujourd'hui, si différentes de celles d'autrefois ?

Il s'agit d'organiser les bassins de vie et les bassins d'emploi en relation avec les entreprises et les composantes autonomes de la société civile locale. Toutes ne sont pas intégrées par les collectivités locales et celles-ci n'ont pas vocation à les absorber totalement, comme certains le croient, surtout quand il s'agit d'aménager et de développer des ensembles nouveaux de territoire et d'y promouvoir la coopération économique et sociale entre ses habitants.

C'est cette évidence que la politique des « pays » réintroduit dans le processus de recomposition du territoire et que les Constituants de 1789 avaient reconnue

dans son acception de l'époque. On doit trouver à terme dans les pays, comme en 1789, la réconciliation entre le principe de subsidiarité et l'impératif d'intégration politique aux divers niveaux de la vie de la nation. Une telle réconciliation conduit à identifier des territoires porteurs d'intérêts communs à diverses échelles et différents ensembles géographiques.

Ce n'est pas cette direction qu'ont prise la décentralisation, d'une part, et la politique de coopération intercommunale, de l'autre. La décentralisation a porté sur des ensembles de processus de l'État, normés et organisés par lui, assortis d'obligations d'agir ne laissant pas d'autonomie conceptuelle véritable aux collectivités bénéficiaires des transferts de compétence. La coopération intercommunale a porté sur des projets d'équipements et de services dont la conjugaison et l'organisation n'avaient pas pour objet de faire naître une entité politique et humaine d'essence communale plus vaste et plus riche sur un nouveau territoire homogène de solidarité et de proximité. Il a fallu l'émergence de la politique des « pays » pour que cette perspective politique soit ouverte.

Quant au regroupement des communes dans des aires urbaines pragmatiquement composées, il n'a pas eu pour objet de promouvoir une organisation politique locale telle que, en dépit de leur vocation naturelle à les exercer, les communes auraient pu recevoir des compétences, des attributions et des moyens supplémentaires en provenance de la décentralisation de l'État, de la région et du département.

La voie suivie a consisté à décentraliser compétences, moyens et missions sur les régions et les départements inchangés, renforçant ainsi leur capacité à se substituer en fait à la généralité de la compé-

tence des communes, devenues dépendantes de leurs aides. Seul l'État s'est aventuré dans la direction des transferts des compétences des administrations centrales, non pas aux communes en tant que telles, mais à certains EPCI répondant à certaines conditions. Cette attitude traduit bien le fait que l'État est lui aussi en quête d'une recomposition du territoire, mais dans l'optique de l'efficacité de ses services et de l'économie de leurs moyens. Agissant ainsi, il contourne la commune et le département sans les remettre en cause. Il provoque néanmoins l'émergence de structures institutionnelles aptes à concilier plus d'autonomie normative aux élus avec le renforcement de l'intégration politique des populations sur des territoires nouveaux et réels. C'est l'objectif idéal de la réforme de nos institutions territoriales.

Cette émergence est en théorie susceptible de deux stratégies alternatives.

L'une consiste à conserver la conception rationaliste, homothétique et uniformisante de l'héritage administratif de la Révolution et de l'Empire, mais en changeant d'échelles territoriales et en redistribuant les compétences par niveau, sur des aires territoriales plus vastes, *a priori* réputées plus pertinentes seulement parce que plus vastes. Cette alternative repose sur l'idée que les compétences d'agir sont en réalité sécables entre les catégories de collectivités locales, ce que la pratique des politiques publiques dément et que le défaut d'utilisation des fonds européens par les collectivités locales françaises confirme.

Cette alternative conduit à remettre en cause la substance et le rôle des communes et des départements pour développer ceux de la région et de l'administration territoriale de l'État, lui-même relayant, comme un traducteur, les orien-

tations et les impératifs d'action publique d'origine européenne. L'administration concrète s'éloignerait ainsi davantage des citoyens et les contraindrait à se rapprocher d'elle en se subordonnant à la technocratie centrale, lointaine et inaccessible de l'Union européenne. Nous resterions dans le jacobinisme, mais il s'exercerait de plus haut et délaisserait les niveaux les plus bas. L'objectif à atteindre est diamétralement inverse.

L'autre stratégie consiste à mouler l'organisation de l'administration communale sur les territoires réels et dans le cadre du département.

150 N'accédant pas à ce niveau, une coopération intercommunale plus intégrée pourrait néanmoins devenir compétitive de l'arrondissement voire du département. Elle peut même prétendre le composer au lieu et place des cantons, tant urbains que ruraux. Ce sont des circonscriptions électorales devenues artificielles, exceptionnellement des territoires d'administration spécifique mal-léables et contingents.

Le département s'organiserait comme structure d'accueil et de fédération de nouvelles communautés primaires d'essence communale, mais institutionnellement ouvertes à la coopération avec les agents économiques et sociaux et la société civile en général agissant en réseaux. Ces communautés dépasseraient la structure classique des EPCI parce que leur administration procéderait du suffrage universel direct et intégrerait des territoires différents, mais seraient d'autant plus aisément complémentaires qu'elles permettraient des péréquations plus fortes et plus justes des inégalités de ressources et de moyens, ce que les EPCI ne réussissent pas à faire.

Cette stratégie rapproche l'administration des communautés humaines de

base auxquelles elle est destinée, au lieu de l'en éloigner et de se réfugier dans une technocratie supérieure et inaccessible. Elle conduit à mailler la France par l'institution d'une quinzaine de communautés urbaines de plus de 500 000 habitants, d'environ 130 communautés de plus de 50 000 habitants et d'environ 3 000 communautés de communes de moins de 50 000 habitants.

Ces entités seraient représentées comme telles à l'assemblée départementale. Le département organiserait les solidarités et la coopération entre ces ensembles communautaires formés par référence aux critères choisis pour identifier les pays et contribuerait à réduire les ségrégations pouvant conduire à réduire la continuité territoriale entre l'urbain et le rural et interdire de redistribuer les services en conséquence.

Quant à la région, à la fois collectivité locale et point isolé d'intervention d'une administration spécifique de l'État, elle deviendrait le relais entre les communautés locales telles que décrites ci-dessus et l'ensemble de plus en plus intégré formé par les États et l'Union européenne. Pour jouer ce rôle efficacement, ne faudrait-il pas qu'elles soient moins nombreuses et plus vastes ?

A l'origine de sa création, on trouve l'idée que la région doit être plus concertante que souveraine. De la même manière, les collectivités locales de base doivent promouvoir la coopération entre les composantes de la société locale plus que se muer en micro-souverains pratiquant à leur échelle un centralisme univoque d'essence jacobine, comme certaines doctrines trop enclines à maximiser l'idéologie représentative les y conduisent aux dépens de l'éclosion d'un pouvoir d'arbitrage et d'organisation des convergences.

L'OPPOSITION AU MAROC

Majorité contre opposition, et vice versa ? Droite contre gauche ? Programmes réellement alternatifs à la suite d'élections réellement déterminantes et incontestablement régulières ? On est loin au Maroc du schéma politique classique des démocraties, notamment parlementaires occidentales, même si on le mime, ou si on s'en approche. Certes, il y a, notamment, une reconnaissance juridique et politique des partis et certains mécanismes de contrôle parlementaire. Mais ce n'est pas, sous l'arbitrage, l'impulsion et le contrôle périodique de l'électeur, chacun son tour et chacun son programme dans le cadre d'une séparation de fait des pouvoirs entre pouvoir actif d'aujourd'hui (le bloc gouvernement-majorité) et pouvoir potentiel de demain (l'opposition, ex et future majorité qui, après avoir contesté, fait obstruction, contrôlé, avancé des contre-propositions et son programme alternatif, inexorablement, tôt ou tard, reprendra le pouvoir gouvernemental).

Ne s'applique donc pas vraiment au Maroc le schéma classique de l'opposition, tel qu'il peut être par exemple exposé par Georges Lavau et Olivier

Duhamel dans le *Traité de sciences politiques* dirigé par Madeleine Grawitz et Jean Leca : « L'opposition est conçue non comme un *groupe*, pouvant selon les aléas du contexte politique être voué à l'impuissance ou à la marginalisation gouvernementale, mais comme une *position* abstraite qui échoit, au gré des fluctuations électorales ou des alliances politiques, à un parti ou à un autre sans prédestination ni exclusion. Le droit garanti à l'opposition de s'exprimer librement et à n'importe quel moment. Elle bénéficie de garanties légales ou coutumières, sanctionnées juridictionnellement, pour tenter de gagner les faveurs du corps électoral à égalité de moyens *juridiques* avec les partis au pouvoir. Les seules incertitudes portent sur les moyens que peuvent utiliser les gouvernements pour, d'une part, empêcher que l'opposition ne se saisisse d'une occasion où le gouvernement et ses alliés se trouveraient en position passagère de faiblesse dans le but de provoquer une crise inopportune ou inutile, d'autre part pour interdire que la position *protégée* d'opposition ne fournisse à des révolutionnaires prêts à tout de trop grandes

* Professeur des universités à Paris-VIII.

facilités pour mener en permanence une action de « déstabilisation »¹. »

Par exemple, on dit couramment, aujourd'hui, qu'avec le gouvernement Youssoufi, investi en mars 1998, l'opposition accède – et l'on ajoute souvent : enfin – au pouvoir au Maroc. Mais la réalité est plus complexe : le roi a nommé Premier ministre le chef du parti socialiste (USFP) qui a obtenu le plus de sièges aux élections législatives du 14 novembre 1997, mais celui-ci est loin d'avoir la majorité à la Chambre des représentants² ; le gouvernement est un gouvernement de coalition qui comprend sept partis et aussi, notamment, six ministres de l'Istiqlal, parti allié-rival traditionnel de l'USFP ; le roi a imposé la présence au sein de ce gouvernement de serviteurs fidèles qui détiennent les portefeuilles de souveraineté (Intérieur avec M. Driss Basri, Affaires étrangères, Justice) ainsi que le portefeuille des *habous* et des affaires religieuses lié à son statut constitutionnel et traditionnel de « Commandeur des croyants » ; et il continue à contrôler directement la défense nationale, et donc les armées ; la politique gouvernementale, dans maints domaines fondamentaux (libéralisme économique, ouverture vers l'Europe particulièrement), reste prédéterminée par des orientations royales ; le palais a

les moyens de modifier l'équilibre parlementaire, dans la première et dans la seconde chambre, et donc de faire chuter le gouvernement. Encore ne donne-t-on ici que quelques particularités d'un régime parlementaire qui reste subjugué par le roi.

L'emprise du roi sur le système politique et son autorité sur les acteurs, dont l'opposition, résultent principalement de l'histoire des relations sultan-mouvement national tout au long du protectorat et dans les premières années de l'indépendance. Ces relations, d'alliances, de conflits, et actuellement de subordination, ne peuvent être détaillées dans un article. On pourra en trouver le détail par ailleurs³. On peut cependant distinguer rapidement, et très schématiquement, les étapes suivantes. Avant la fin de la Seconde Guerre mondiale, le mouvement national, avec principalement l'Istiqlal (Parti de l'indépendance), s'allie avec le sultan, encore affaibli par la tutelle française, avec comme objectif l'indépendance. Puis le sultan acquiert la primauté dans le couple parce qu'il refuse des mesures voulues par le protectorat et que celui-ci, maladroitement, l'exile à Madagascar et le remplace par un sultan docile sans autorité. A partir de 1956, après le retour triomphal de Mohamed V, l'Istiqlal va chercher à contrebalancer

1. G. Lavau et O. Duhamel, in *Traité de sciences politiques*, sous la dir. de M. Grawitz et J. Leca, Paris, PUF, 1985, t. II, p. 61.

2. L'Union socialiste des forces populaires est arrivée en tête, avec seulement 18 % des voix. La Koutla (bloc démocratique), avec, principalement, l'USFP et l'Istiqlal, a obtenu 102 sièges et la droite 100. Deux partis centristes, le Rassemblement national des indépendants (RNI), bien implanté, et le Mouvement démocratique et social (MDS), tout nouvellement créé, ont obtenu 46 et 32 sièges. Les islamistes modérés regroupés auprès du Mouvement populaire constitutionnel et démocratique (MPCD) ont obtenu 9 sièges, soit autant que le parti communiste royaliste, le Parti du progrès et du socialisme (PPS), qui appartient, quant à lui, à la Koutla.

3. Bernard Cubertafond, *Le Système politique marocain*, Paris, L'Harmattan, 1997, 189 p., notamment p. 156 à 160.

l'autorité primordiale du roi en voulant se faire consacrer comme parti unique dirigeant, mais Mohamed V puis Hassan II réussirent à accentuer le rapport de forces à leur avantage face au mouvement national qui se scinde (Istiqlal et UNFP puis USFP) en s'appuyant sur les notables ruraux, en suscitant des partis, dits « de l'administration », à son service, ou encore en contrôlant la vie politique et les élections. La question de l'opposition se situe donc dans le cadre d'un rapport de forces aujourd'hui très fortement à l'avantage du roi.

Certes, il y a pluripartisme, élections disputées, presse diverse, moyens de contrôle énumérés par la Constitution dans le cadre d'un régime à caractère parlementaire, mais, si l'on cherche à approfondir la question de l'opposition au Maroc à partir des deux interrogations principales – opposition à quoi et comment ? –, on constate que le cadre de l'opposition est prédéterminé, si bien que les rôles, ou les postures possibles, sont enserrés. Voyons donc ce cadre contraignant conduisant à des figures imposées.

LE CADRE CONTRAIGNANT

Le noyau dur constitutionnel, qui ne peut être mis en cause, est symbolisé par la devise « Dieu, la patrie, le roi ». Il fournit des orientations, des fondements, des principes, une matrice pour l'action, donc prédéterminée, des acteurs politiques. En quoi les trois pôles de ce noyau dur, défini, délimité et préservé par le roi, réduisent-ils la marge d'action de l'opposition ou des oppositions ?

Dieu

Tout ce qui concerne l'islam est placé hors débat politique. Il est donc entendu

une bonne fois pour toutes que les Marocains sont des musulmans (même si les juifs marocains ont – réellement – droit de cité et si les autres religions du Livre sont – effectivement – protégées). Ce n'est donc pas au Parlement, dans le cadre d'un débat public contradictoire, de régler les questions du droit de la famille, ainsi que d'autres questions du droit civil déjà codifiées par la religion. Les nécessaires adaptations des règles religieuses imposées par Dieu et révélées par le Prophète ne peuvent intervenir qu'avec l'assentiment des docteurs de la loi consultés par le roi commandeur des croyants, lequel aura lui-même pu marquer le sens de l'orientation qu'il souhaite. D'ailleurs, le fait même qu'il provoque cette consultation signifie qu'il souhaite l'adaptation ou l'assouplissement. Il en a été ainsi, en 1992, pour une réforme limitée du code de la famille et du droit des successions, comme le révèle le discours royal du 20 août 1992 : « Sache, ma chère fille, femme marocaine, que la *Moudawana* est d'abord une affaire qui relève de mon ressort. C'est moi qui porte la responsabilité de la *Moudawana* ou de sa non-application. Réfère-toi à moi. Garde-toi de mêler, lors de la campagne référendaire et des campagnes électorales qui suivent, ce qui est du domaine de la religion et ce qui relève du temporel et de la politique... » « Écrivez-moi. Écrivez au cabinet royal... » « Si vous m'écrivez, car il n'y a que le serviteur de Dieu, Amir Al Mouminine, qui soit en mesure de résoudre ce problème, je consulterai les Oulémas et ne croyez surtout pas que les Oulémas du Maroc sont des fanatiques. »

Si, dans la vie courante, il y a beaucoup d'accommodements, voire d'interprétations tolérées, c'est à la condition qu'ils restent discrets. Et ils ne doivent pas

entrer ostensiblement dans le champ politique, celui-ci étant marqué par le conflit ouvert proclamé et l'échange public d'arguments contradictoires et, à la limite, pour marquer l'opinion, outranciers. Rien ne doit être fait dans les domaines précodifiés par l'islam pour briser le consensus implicite pouvant recouvrir des interprétations personnelles, et privées, divergentes.

Quant aux islamistes, ils ne remettent pas en cause cette règle de base qui tend à faire de l'islam le fondement qui s'impose *a priori* sur tout. Tout au contraire, ils cherchent à la pousser à l'extrême : leur opposition porte sur son application absolue, dont ils se posent en garants parfaits. En ce sens donc, ils contestent le roi commandeur des croyants ; ils tendent à enlever au roi l'élément fondamental, religieux, de sa légitimité, ce qui, au Maroc, constitue une contestation radicale et intolérable : en se posant comme guides religieux exclusifs, ils relèguent le roi dans le domaine du pouvoir profane et donc le subordonnent à eux.

On voit ainsi que s'il ne peut y avoir, au moins en surface, ostensiblement, d'opposition sur l'islam, l'islamisme pose la question de l'opposition dans l'islam, sauf à considérer – mais c'est une position extrême ultraminoritaire au Maroc – que le peuple et le roi se sont tellement éloignés de la pratique de l'islam authentique qu'ils ne peuvent être reconnus comme des musulmans, mais comme des mécréants ou, pis, comme des apostats, qu'il faut donc éliminer.

On constate donc que le présupposé islamique tout à la fois atténué très fortement, voire nie, l'opposition pour le plus grand nombre et qu'il la radicalise et la marginalise pour une petite minorité.

La patrie

La question centrale est ici celle du Sahara occidental. Il y a un dogme : le Sahara occidental est marocain. Et un interdit : remettre en cause ce dogme. Dévier en ce domaine conduit à l'excommunication, voire à l'élimination physique. Tous les partis sont donc sur la même ligne : le référendum organisé au Sahara occidental par l'ONU ne peut que confirmer la souveraineté marocaine. C'est ce qu'ont répété tous les leaders des partis reconnus au secrétaire général de l'ONU Kofi Annan lors de son passage au Maroc en octobre 1998. Et il y a aussi, de fait, une implication et un sous-entendu très largement admis, dans tout l'échiquier politique : le référendum ne doit pas se faire si l'on n'est pas sûr de son résultat confirmatif. Compte tenu de l'emprise réelle de l'État marocain sur la plus grande partie du Sahara occidental, et des efforts coûteux du Maroc pour son équipement, son encadrement et son développement, à quoi sert le référendum, n'est-ce pas un risque inutile pour une reconnaissance internationale qui n'apporterait peut-être pas grand-chose de plus ? A lire la presse marocaine, on a même souvent l'impression que le roi serait sur une ligne modérée (parler avec l'ONU ; parler même discrètement avec le Polisario après avoir longtemps refusé le dialogue ; participer aux préparatifs du référendum) alors que les partis principaux seraient sur une ligne plus radicalement nationaliste (le référendum ne sert à rien et, même, le Maroc a déjà été beaucoup trop souple avec, notamment, l'Algérie en lui abandonnant des populations, des villes et des territoires traditionnellement liés au sultan, dont Tindouf).

Il faut, certes, comme pour le « pilier » précédent, aller au-delà de ces déclara-

tions officielles pour percevoir aussi, en privé et très rares, comme inhibées et inquiètes, des critiques ou des non-dits : on entend alors que la question a trop longtemps, jusqu'en 1991-1992, servi au pouvoir de moyen pour limiter, ou interdire, le débat politique au nom de l'union nationale et de l'intégrité territoriale menacée ; ou encore que l'opération est trop coûteuse et limite les nécessaires redistributions vers les pauvres et les services sociaux, voire qu'elle n'est pas essentielle au Maroc qui vivait très bien – ou mieux – sans ces immenses territoires à problèmes, et qu'il faudrait commencer par reprendre à l'Algérie Tindouf, Timimoun et Adrar, dont l'allégeance passée au sultan est tout aussi avérée.

Reste cette ligne forte de convergence, cet élément politique centripète fondamental qui limite l'opposition bien au-delà de la seule question du Sahara occidental : c'est un point de rencontre, de communion, un lien symbolique d'unification autour de la personne déjà en soi unificatrice du roi, un facteur de compromis, à partir de lui, sur d'autres domaines de la politique intérieure. Mais, à partir de ce point focal, on peut aussi converger face à certaines menaces extérieures, présumées ou réelles : menace de l'Algérie puisque le voisin rival est perçu comme le principal responsable (coupable) du conflit et de sa perpétuation ; menace onusienne aussi dans la mesure où l'ONU peut apparaître comme un arbitre partial ou manipulé à qui il aurait mieux valu ne pas confier le règlement du conflit ; menace américaine enfin, difficile à avouer car les États-Unis restent un modèle dominant attractif, la politique étrangère officielle marocaine a toujours été proche de la politique américaine, et le Maroc a pu

rendre des services à la diplomatie américaine par ses contacts des deux côtés dans le conflit palestinien-israélien. Dans l'ensemble de l'arc politique marocain, on avait pu penser que ces orientations et ces contacts auraient mérité une rétribution à l'occasion du règlement définitif, à l'avantage du Maroc, de l'affaire du Sahara occidental, et que les États-Unis seraient moins sensibles aux intérêts de l'État pétrolier algérien.

Le Sahara occidental reste donc réducteur ou inhibiteur d'opposition ; il l'était dans les années 1980 malgré les réticences des partis, s'estimant alors manipulés ; il l'est encore plus aujourd'hui, avec leur assentiment plus empressé et sincère : Hassan II a réussi à faire du Sahara occidental une cause nationale unificatrice et intégratrice.

155

Le roi

La monarchie parlementaire marocaine est singulière. Elle ne peut être rapprochée du régime anglais ou espagnol, même si on est souvent tenté au Maroc par cette identification gratifiante mais, à ce jour, erronée, ou très prématurée. Le roi est en effet l'acteur principal du jeu politique marocain et non un symbole unificateur sans pouvoirs réels enregistrant les résultats de l'oscillation majorité-opposition.

Ces pouvoirs considérables limitent fortement la marge d'action des autres acteurs, et particulièrement de l'opposition. Le roi garde l'autorité sur les ministères de souveraineté, la Défense, la Justice, les Affaires étrangères et l'Intérieur, qui tend à exercer une tutelle bien au-delà de son strict domaine sur de multiples secteurs (collectivités territoriales, équipements publics, développement local, approvisionnements, universités notamment par le biais de l'ordre public, for-

mations et structures administratives, politique étrangère par le biais du Sahara occidental, etc.). De plus, il continue à fixer les orientations principales dans tous les domaines : en matière d'enseignement, les assouplissements qu'il souhaite sur l'arabisation et la gratuité se sont heurtés à de fortes résistances corporatistes et politiques ; en matière économique, ses choix sont appuyés par des « forces vives » et suivis d'effet (choix du libéralisme économique contre le socialisme, dans les années 1960, puis choix des privatisations et de l'ouverture vers l'Europe) : ils n'ont pas été remis en cause par le gouvernement dirigé par le socialiste Youssoufi. Enfin le roi est encore très souvent considéré comme un recours, un arbitre, un garant : les partis peuvent en appeler à lui après des élections à la régularité contestée ; tel groupe social (les chauffeurs de taxi, les étudiants-chômeurs, etc.) peut lui demander d'intervenir pour régler telle situation inextricable.

Ces pouvoirs de direction, de contrôle, d'arbitrage, se fondent sur une légitimité aux bases multiples : la légitimité traditionnelle du sultan qui incarne la continuité historique ; la légitimité religieuse du commandeur des croyants ; la légitimité charismatique du personnage hors du commun, protecteur des hommes et des tribus qui a prouvé lors des attentats manqués de 1971 et 1972, et sur l'affaire du Sahara occidental, lors de la « Marche verte » de 1975, qu'il avait effectivement la *baraka*, grâce particulière qui assure la réussite à soi-même et à ses protégés ; légitimité populaire enfin, si l'on considère les différents référendums, sur le Sahara occidental ou encore sur les révisions de la Constitution, comme une forme actualisée de l'allégeance.

S'il fallait tenter une comparaison ou

une classification, on pourrait sans doute parler d'une forme de présidentialisme (régime dans lequel le chef d'État domine tous les pouvoirs, exécutif, législatif, judiciaire, médiatique) accentué avec progression interne de mécanismes parlementaires et pressions croissantes de la société civile. Le rapport de forces reste donc favorable au roi. Mais il peut affaiblir sa position s'il sort du cadre que la religion et le regard social lui dictent (ainsi, les régicides ont tenté de se justifier en évoquant des écarts moraux du roi) et il ne peut imposer une orientation quand il y a une trop forte résistance d'un groupe social ou d'une sensibilité politique forte (par exemple, les résistances de l'Istiqlal sur la réforme de l'enseignement). Il y a donc des oppositions et résistances diffuses qui sont, même pour le roi, paralysantes. De plus, le contexte international contribue à faire évoluer le rapport de forces un peu plus en faveur des résistances internes et des oppositions : l'intégration de l'opposition au gouvernement dédouane le roi, mais il doit l'y maintenir un temps suffisant, et avec des pouvoirs qui ne soient pas ridicules, s'il veut renverser son image répressive. M. Youssoufi dispose donc d'une arme forte : la menace de la démission. On voit donc déjà que, dans un cadre qui reste dominé par le roi, les rapports de forces évoluent, offrant à l'opposition d'autres rôles.

LES RÔLES IMPOSÉS

Du cadre précédemment évoqué résultent trois postures principales pour l'opposition : le hors-jeu, ou refus absolu du cadre imposé, hier particulièrement risqué ; l'action en lisière, dans une zone intermédiaire, avec menace d'élimination mais aussi perspective d'intégra-

tion ; l'intégration, avec le risque d'être phagocyté mais aussi, à terme, la perspective d'une modification du cadre.

L'opposition hors jeu

On peut schématiquement distinguer trois types de refus absolu du cadre. Tout d'abord la volonté de supprimer la monarchie, avec deux variantes qui peuvent se combiner : la suppression physique du monarque régnant, ou régicide, la volonté d'en finir avec une monarchie surplombant tout qui implique soit – version modérée – la mise en place d'un roi sans pouvoirs, soit – version extrême – le changement de régime et la mise en place d'un autre type de régime (république et/ou régime militaire). La parade royale à ces tentatives a été tout aussi radicale : l'élimination, avec un aspect d'impitoyable loi du talion pouvant s'étendre à l'entourage proche des principaux responsables et à leurs complices plus ou moins présumés, quand il y a eu tentative d'élimination physique. La justification toujours avancée au Maroc, et au-delà des cercles stricts du pouvoir, est alors la suivante : ils (par exemple Oufkir) ont trahi le roi qu'ils ont voulu tuer ; ils auraient certainement, ensuite, éliminé ses proches ; voilà pourquoi la vengeance a pu toucher les proches du régicide refusant de se soumettre.

Deuxième motif d'exclusion, voire d'élimination, la remise en cause d'un dogme fondamental du régime. C'est le cas d'Abraham Serfaty, n'admettant pas vraiment la marocanité incontestable du Sahara occidental : le gouvernement de gauche ne peut douter de l'appartenance à la citoyenneté marocaine de ce juif

marocain, ex-haut fonctionnaire, qui fut longtemps un actif et vaillant compagnon de route avant d'être longuement emprisonné puis expulsé de son propre pays (!) au motif qu'il serait de nationalité brésilienne (!?); mais un opposant qui, chaque fois que les conditions d'un discret retour négocié sont réunies, s'entête à mettre en doute la position désormais officiellement unanime des formations politiques reconnues sur le Sahara occidental, peut-il réclamer au roi un droit au retour ? C'est encore plus difficile depuis qu'Abraham Serfaty se met, dans la presse étrangère, à réclamer « vérité et justice⁴ » pour le Maroc et donc, implicitement ou explicitement, la mise en cause du roi ou de ses principaux exécutants (directeurs de la Sûreté, ministres de l'Intérieur) devant un juge pénal étranger ou international pour « crimes contre l'humanité ».

Troisième motif principal d'exclusion, le refus de reconnaître un attribut essentiel du roi, fondement d'une légitimité religieuse qui reste, pour beaucoup de Marocains, fondamentale : le fait qu'il soit « commandeur des croyants ». Et telle est la contestation radicale des islamistes non ralliés. Soit, position la plus extrême, ils ne reconnaissent en rien cet attribut essentiel du roi et ne l'admettent, ou ne le tolèrent, que comme chef d'État, et encore à la condition qu'il se soumette à l'islam tel qu'ils le définissent, et donc qu'il suive, subordonné, contrôlé, et éventuellement révoqué par eux, leur guidance. Soit, position moins extrême car elle peut évoluer, ils reprochent au roi de n'être pas digne de la fonction de commandeur des croyants, de ne pas être un honnête musulman. Telle était

4. Abdelghani Abadou, Bachir Ben Barka, Rachid El Manouzi et Abraham Serfaty, « Vérité et justice au Maroc », *Le Monde*, 11 décembre 1998.

peut-être la position de Cheikh Abdessalam Yassine quand, en 1973-1974, il publia une lettre ouverte au roi, « L'islam ou le déluge », admonestation publique, avertissement et appel à son repentir. Ce rigoureux docteur de la loi et fin lettré polyglotte est – par conséquent, diront les tenants les plus stricts du régime – maintenu en résidence surveillée à son domicile de Salé. Mais, en réalité, on ne sait pas bien si les islamistes marocains peuvent admettre un commandeur des croyants qui aurait, en tant que tel, la possibilité de les délégitimer et de les subordonner à lui ou s'ils peuvent plus ou moins accepter en surface cette fonction et cette soumission en utilisant un droit à la dissimulation et à l'arrière-pensée justifié par des circonstances selon eux oppressives. Quoi qu'il en soit, le conflit roi-islamisme porte sur une question essentielle : qui détient la légitimité fondamentale devant laquelle devraient plier tous les pouvoirs ?

L'opposition en lisière

Parce qu'elles mettent en cause la légitimité historique, ou religieuse, du roi, sa primauté et son pouvoir général d'orientation, les oppositions radicales s'ouvrent des perspectives très sombres : le pouvoir royal a encore de tels moyens de contrôle et de contrainte que le changement de régime reste improbable. Elles peuvent donc être tentées d'entrer dans le cadre imposé, sincèrement ou tactiquement, d'autant que le pouvoir peut assortir la mise au pas de quelques contreparties : quasi-reconnaissance et tranquillité relative voire, peu à peu, notabilisation et poursuite de carrières politiques confortables, avec possibilité de critiquer ouvertement la politique

gouvernementale (et non directement le roi et les « dogmes »).

Il y a donc une phase d'approches, de contacts, de discussions informelles, d'attentes réciproques. C'est ce qui s'est joué, et continue à se jouer, pour des groupes islamistes : ils n'ont pas été admis officiellement dans le jeu politique public, mais dans un parti en somme, le Mouvement populaire constitutionnel et démocratique (MPCD) parrainé par un vieux leader proche du palais, le docteur Al Khatib ; et, dans cette structure qu'ils peuvent désormais ouvertement dominer, les islamistes dits « modérés » ont obtenu 9 sièges aux législatives de 1997. Certains observateurs estiment d'ailleurs qu'en réalité, compte tenu des voix réellement obtenues, leurs résultats auraient dû largement dépasser le « quota » ainsi accordé. Quant à Abdessalam Yassine, son maintien en résidence surveillée tend à prouver qu'il reste incontrôlable, et allergique à tout marché, mais le pouvoir ne peut aller plus loin dans la coercition à son égard, compte tenu de son autorité morale, notamment de son ascendant sur la jeunesse universitaire, et aussi du regard international. Pour renforcer son image libérale, il est même contraint de desserrer l'étau : ainsi le dernier ouvrage de Yassine, *Islam et modernité*⁵, est-il en vente libre dans les librairies marocaines.

Auparavant, on avait assisté à un mouvement comparable du côté des partis de gauche : après avoir manifesté sa force par la répression, le pouvoir a entrouvert la porte, cherchant à intégrer à ses conditions. La participation actuelle de la gauche au gouvernement a été précédée d'une longue phase conflictuelle : boycott d'élections, puis participation à des

5. Casablanca, Al Ofok Impressions, 1998, 332 p.

élections mais contestation de leur régularité, contacts et éloignements. Ainsi, et pour se limiter à la phase finale des relations d'affrontements devenant feutrés, M. Youssoufi a quitté le Maroc après les élections législatives de 1993, indiquant ainsi que, selon lui, le pouvoir n'avait pas tenu sa promesse d'élections régulières. Mais le contact a été finalement rétabli – ou maintenu – avec le « retraité volontaire de Cannes », et Hassan II lui a confié, après les élections législatives de 1997, la charge de Premier ministre. Éloignements, brouilles passagères, dialogue et, en même temps, répression, contacts par intermédiaires, accord sur une ligne de conduite, rapprochements, pour passer, enfin, de l'opposition en lisière, en attente, à la participation au pouvoir en position subordonnée et donc sous la critique de l'opposition, à son tour en lisière, de jeunes membres de l'USFP et du syndicat CDT affilié au parti devenu gouvernemental.

L'opposition intégrée

Il s'agit pour le pouvoir royal d'intégrer le plus de forces politiques et sociales possibles, et donc d'élargir au maximum la base politique et sociale de la monarchie, si possible sans mettre en cause l'essentiel du « noyau dur » précédemment évoqué. Ainsi, le roi fait participer une opposition sous allégeance, en quelque sorte « son » opposition, qui le conforte dans sa position en surplomb d'arbitre actif et de guide commun, et non une opposition rivale, qui le limiterait et le reléguerait. Est donc recherchée une utilisation maximale de toutes les compétences disponibles, une mobilisation de toutes les énergies. Également un renouvellement des équipes et des idées usées par des équipes et des idées neuves : à chacun son tour de montrer sa valeur, et

d'accomplir ses ambitions de pouvoir légitime. Le changement d'équipe n'implique pas le changement de jeu ; il permet de faire accepter à des récalcitrants des orientations royales fondamentales (libéralisme économique, marocanité du Sahara occidental, ancrage européen, nécessaire réforme de l'enseignement) et de donner à la monarchie une base plus large ainsi qu'une image moderne et libérale.

Il s'agit pour l'opposition intégrée d'agir enfin concrètement, de se former, de s'aguerrir au pouvoir plutôt que de se morfondre et de s'aigrir à l'écart. La marge d'action est certes limitée, mais il est toujours bon d'acquérir une pratique du gouvernement, d'apprendre à connaître concrètement les appareils gouvernementaux extérieurs, de pratiquer en position de responsabilité le roi et le palais, et toutes les forces économiques et sociales. Dans l'immédiat, d'ailleurs, quelques acquis politiques sont accessibles, ne serait-ce que parce que le palais a intérêt, pour renverser définitivement son image et renforcer encore ses appuis intérieurs et internationaux, à ce que l'expérience dure suffisamment : la démission prématurée du gouvernement Youssoufi serait pour lui un échec et il est donc obligé de lui laisser une certaine marge de manœuvre. Durant, puis se renouvelant, cette alternance à la marocaine pourrait à la longue, et peut-être avec le successeur d'Hassan II, conduire à un certain rééquilibrage du pouvoir et à une certaine évolution vers une monarchie parlementaire plus classique. M. Youssoufi, et même Hassan II, en collaborant aujourd'hui dans une configuration qui reste hiérarchique, pensent vraisemblablement à ce futur éventuel que leur âge (ils sont septuagénaires) ne leur permettra peut-être pas de connaître.

Alors qu'on avait commencé, à partir du passé lointain ou tout récent, par parler des singularités politiques marocaines, ne doit-on pas finir, à partir du présent et surtout du futur possible, en évoquant la banalisation politique du Maroc, qui serait la résultante d'un double mouvement ? Partout dans le monde, avec notamment les conséquences internes de la mondialisation, la marge de manœuvre

des gouvernements se restreint, et la politique tend à devenir unidimensionnelle, largement enserrée dans un cadre contraignant droites comme gauches. En même temps, au Maroc, notamment sous la pression des couches sociales mieux éduquées, mieux informées et ouvertes au monde, l'étai se desserre, le jeu politique s'assouplit et s'ouvrent des portes pour certaines idées et certaines relèves.

PERE VILANOVA

STABILITÉ GOUVERNEMENTALE ET COMPLEXITÉ TERRITORIALE

La dernière chronique de l'Espagne (*Pouvoirs*, n° 75, 1995) s'intitulait : « Espagne : la fin d'une étape », et commençait par ces mots : « Les analystes sont unanimes : cette fois-ci, l'Espagne assiste à un scénario de crise qui ne peut être défini que comme la fin d'une étape. » Et cette chronique se terminait en soulignant que les problèmes les plus graves, mis à part le terrorisme au Pays basque, seraient dans un avenir immédiat la politisation de la justice, la corruption économique, et politique (l'affaire du GAL). Et depuis, en effet, cela s'est produit comme prévu, au-delà même des hypothèses les plus pessimistes.

LA FIN D'UNE ÉTAPE

En ce qui concerne la première question, la fin d'une étape, les élections municipales et régionales (pour 13 régions sur 17) de mai 1995 avaient, comme nous le suggérons dans notre chronique, donné des indications précises. Depuis, les élections générales de 1996 ont eu lieu, qui ont vu pour la première fois depuis 1982 (date à laquelle Felipe Gonzalez, à la tête du PSOE, avait obtenu la majorité absolue) une alternance en faveur du Parti populaire (PP),

sous le *leadership* de M. Aznar. L'analyse des résultats montre plusieurs évidences (voir *tableau page suivante*).

161

D'une part, donc, l'alternance. La droite, ou le centre-droit (selon les analyses), revient au pouvoir. Première question : est-ce quelque chose de semblable à l'ancienne UCD (Union du centre démocratique) de M. Suarez qui revient, ou est-ce la droite traditionnelle, voire métafranquiste ? Ce débat s'est tenu en Espagne, pendant et après la campagne électorale de 1996, mais il faut se garder de l'aborder dans la logique des élites politiques, et en particulier des partis en campagne électorale ou sous le coup de la défaite électorale. En 1982, M. Gonzalez n'a pu obtenir près de 47 % des voix (et 58 % des sièges au Parlement) sans attirer, outre de nombreux votes communistes, une bonne partie de l'électorat centriste issu de la transition. De la même façon, bien qu'à une échelle plus limitée, M. Aznar n'a pas gagné en 1996, avec près de 39 % des voix (pour 37,5 % aux socialistes), sans récupérer un certain espace au centre, déçus du PSOE ou anciens abstentionnistes. Une des graves erreurs de la direction socialiste, pendant la campagne électorale de 1996 et

Voix et sièges, par parti et par élection, 1993 et 1996

	1993			1996		
	% voix	sièges	% sièges	% voix	sièges	% sièges
UCD	–	–	–	–	–	–
PSOE	38,8	159	45,4	37,5	141	40,3
PCE/IU	9,6	18	5,1	10,6	21	6,0
AP/CP/PP	34,8	141	40,3	38,9	156	44,6
CDS	1,8	0	0,0	–	–	–
CiU	4,9	17	4,9	4,6	16	4,6
PNV	1,2	5	1,1	1,3	5	1,4
EA	0,6	1	0,3	0,5	1	0,3
ERC	0,8	1	0,3	0,7	1	0,3
HB	0,9	2	0,6	0,7	2	0,6
PAR	0,6	1	0,3	–	–	–
UV	0,5	1	0,3	0,4	1	0,3
BNG	0,5	0	0,0	0,9	2	0,6
CC	0,9	4	1,1	0,9	4	1,1
Autres	4,1	0	0,0	3,2	0	0,0
Total	100,00	350	100,00	100,00	350	100,00
<i>Électeurs</i>	31 030 511			31 962 620		
<i>Participation</i>	76,4 %			78,1 %		

(UCD : Union du centre démocratique ; PSOE : Parti socialiste ouvrier espagnol ; PCE/IU : Parti communiste espagnol/Izquierda Unida ; AP/CP/PP : Parti populaire (AP et CP correspondent à des appellations antérieures de l'actuel PP) ; CDS : Centre démocratique et social ; CiU : Convergencia i Union ; PNV : Parti nationaliste basque ; EA : Eusko Alkartasuna ; ERC : Esquerra Republicana de Catalunya ; HB : Herri Batasuna ; UV : Parti régionaliste de Valence ; BNG : Bloque Nacionalista Gallego ; CC : Coalition Canaries.)

durant une longue période postérieure, a précisément été d'ignorer cette complexité électorale, et de se concentrer sur une campagne très forte d'accusation du nouveau gouvernement, perçu comme une revanche du franquisme. Une des évidences de cette erreur, mise à jour par les analyses des résultats, fut justement celle-ci : M. Aznar avait gagné ou fortement progressé dans les grandes agglomérations urbaines, les capitales des provinces (avec les exceptions classiques de la Catalogne et du Pays basque) et parmi les jeunes ou les électeurs entre 25 et

40 ans, pour citer quelques exemples. Cela aura des conséquences quant à la logique de l'opposition dans les deux années suivantes, comme on le verra.

Pour en revenir aux élections de 1996, quelques remarques s'imposent :

1. Le taux de participation approche 80 % (78,1 %), avec presque deux points de plus qu'en 1993. On côtoie donc les niveaux les plus élevés, de 1977 et 1982, alors que les élections de 1979, 1986 et 1989 ont vu une participation de 70 %

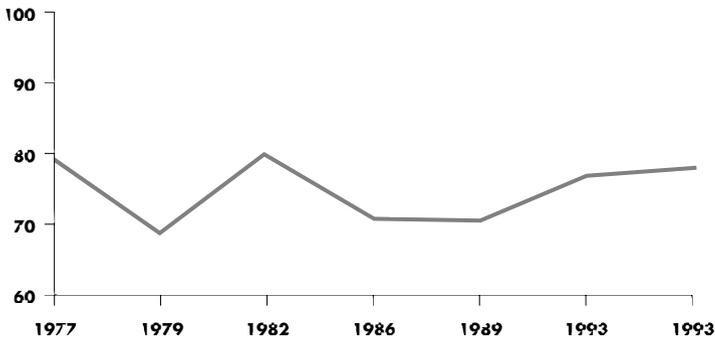
en moyenne. Ce qui confirme deux choses : la première est que les électeurs espagnols, en ce qui concerne les élections législatives nationales, ont établi une fourchette de participation d'entre 70 % et 80 %; la seconde, que ce taux diffère (vers le haut) de la moyenne de participation à d'autres élections (régionales ou européennes, par exemple) et c'est une tendance consolidée. Le taux de participation augmente sensiblement si l'opinion perçoit une occasion de changement ou de forte compétition (voir *graphique ci-dessous*).

2. La victoire du parti populaire de M. Aznar, bien qu'attendue, fut plus modérée que prévu. En effet, non seulement le PP est resté à 19 sièges de la majorité absolue (156 au lieu de 175), mais la différence qui le sépare du PSOE n'a pas été énorme (1,4 % des suffrages), les socialistes ayant obtenu 141 sièges. Deux ans et demi plus tard, tout porte à croire que ce résultat fut le moins mauvais pour les socialistes, qui craignaient une débâcle, puisqu'il les laissait en excellente position pour exercer les obligations de l'opposition parlementaire.

3. L'ancien Parti communiste et ses quelques alliés au sein de Izquierda Unida, avec 10,6 % des voix, marquent une très légère amélioration des résultats de 1993 (9,6 %) et gagnent 3 sièges (de 18 à 21), ce qui n'a pas empêché M. Anguita de continuer, depuis 1996 et jusqu'à aujourd'hui, une dérive de plus en plus sectaire, qui a fini par rendre son capital électoral tout à fait inopérant, voire objectivement au service du gouvernement (qui n'a rien à craindre de ce côté-là). En effet, entre 1996 et fin 1998, Izquierda Unida a vu l'expulsion d'une fraction considérable (minoritaire en nombre, mais où militaient les plus brillants dirigeants et les meilleurs parlementaires, tels que Lopez Garrido ou la très charismatique Cristina Almeida) qui, sous la dénomination Partido Democrático de la Nueva Izquierda (ou NI), s'efforce de gagner un espace entre IU et le PSOE ; mais cette formation n'est pas encore passée par l'épreuve des urnes et tout porte à croire que, dans la logique de l'utilité politique, elle va finir par s'intégrer au sein du PSOE. Mais M. Anguita est allé plus loin. Il a rompu avec son homologue en Catalogne,

163

Pourcentages de participation aux élections législatives



l'ancien Parti socialiste unifié catalan (actuellement Iniciativa per Catalunya), beaucoup plus modéré, plus actif politiquement, et a forcé la création très artificielle d'un nouveau parti en Catalogne, EUA (Gauche unie et alternative), ce qui aura pour résultat de diviser cette partie de l'électorat au bénéfice des partis plus importants.

164 4. N'ayant pas obtenu la majorité absolue, et en confrontation totale avec le premier parti d'opposition (le PSOE), M. Aznar a dû faire très vite l'apprentissage de la négociation avec la vraie opposition politique au Parlement : les minorités catalane et basque, qui, avec 16 et 5 parlementaires, font toute la différence. La stabilité de ces minorités (les Catalans de *Convergència i Unió* [CiU] ayant perdu un seul député entre 1993 et 1996) montre que, si la tendance à la disparition des majorités absolues devait se confirmer, tout gouvernement central devrait composer avec les nationalistes. Les autres minorités, qui ont un ou tout au plus deux à quatre députés, représentent des forces très locales des îles Canaries, de Valence, ou de petits partis nationalistes comme le *Bloque Nacionalista Gallego*, ou *Esquerra Republicana de Catalunya*.

5. Les analystes se penchent aussi sur la « géographie » électorale. En moyenne, elle est significative. En 1977 et 1979, le centre de M. Suarez (UCD) avait gagné à peu près dans toutes les provinces (l'Espagne a 50 provinces, la province étant la circonscription électorale pour le Congrès des députés), sauf en Catalogne, au Pays basque, aux Asturies, dans une partie de l'Andalousie et une partie de Valence (avec quelques petits changements en 1979, où l'on vit « tomber »

Madrid aux mains du PSOE). En 1982 et 1986, c'est le raz de marée socialiste, qui gagne dans toute l'Espagne, sauf au Pays basque, dans une partie de la Catalogne, en Galice (fief du Parti populaire) et dans quelques rares provinces de la Castille. En 1989 et en 1993, quand le déclin du PSOE limite de plus en plus ses victoires électorales, à peu près toute la moitié nord de l'Espagne lui échappe, au bénéfice, de façon classique, des nationalistes basques et catalans, et par ailleurs du Parti populaire, tendance qui se confirme amplement en 1996, où le PSOE ne retient qu'une partie de l'Andalousie, l'Estrémadure (à la frontière avec le Portugal) et deux provinces catalanes. Les mairies des grandes villes, comme Madrid, toute la Castille, ou même Séville ou Grenade, considérées comme des fiefs socialistes, passent aux mains des Populaires. La lecture de cette « géographie électorale » donne un démenti cinglant aux premières réactions des dirigeants socialistes, au lendemain des élections de 1996, qui voulaient présenter la victoire (limitée, certes, mais qui a marqué l'alternance) comme celle de la droite rurale, arriérée, des électeurs âgés ou des retraités.

UN BILAN FORT CONTRADICTOIRE

L'Espagne a eu des consultations (référendums, élections générales, municipales, régionales et européennes) tous les ans depuis 1976 (date du premier gouvernement de la monarchie, après la mort de Franco en novembre 1975). Cela sans exception, même si on peut considérer les années 1978 (avec le seul référendum d'approbation de la nouvelle Constitution), 1988, 1997 et 1998 comme « à élections limitées » puisqu'elles n'ont vu qu'une ou deux élec-

tions régionales (la Catalogne, le Pays basque ou la Galice, qui ont leur propre calendrier électoral). À cet égard, on peut considérer l'Espagne comme un cas un peu extrême : depuis bientôt vingt-trois ans, les électeurs sont appelés aux urnes tous les ans. Cela devrait avoir une certaine influence sur les gouvernants, les institutions, voire les administrations publiques, quant à la planification de l'action des pouvoirs publics, déjà très soumis aux aléas des médias. La notion même de « législature » (quatre, cinq ans) en devient très relative car, même si les élections municipales, par exemple, sont en théorie différentes des européennes, ou si les enjeux des élections basques ou catalanes devraient être formellement limités à ces territoires, toute consultation agite la totalité du système politique. Les analystes se penchent de plus en plus sur ce cas espagnol de « contamination électorale » et sur ses conséquences.

En ce qui concerne la vie politique, les deux dernières années présentent un bilan contradictoire : on a vu par exemple la direction du Parti populaire, M. Aznar lui-même, mais aussi M. Fraga Iribarne (qui fut ministre sous Franco et actuellement président de la Galice), parler de « deuxième transition ». Étrange notion qui semble suggérer que le tournant de 1996 ne marque pas seulement une victoire électorale de l'opposition, un épisode de plus de l'alternance démocratique, mais qu'il s'agirait aussi, en fermant un cycle de quatorze ans de pouvoir socialiste, d'entamer un « changement de régime ». Dangereuse tentation, que la réalité de la politique semble avoir écartée. La preuve en est que M. Aznar a terminé 1998 avec un très fort « virage au centre », vers un « centrage de la politique

gouvernementale » (pour utiliser ses propres termes), en limogeant ou en mettant à l'écart de très fortes personnalités de l'équipe gouvernementale, qui pendant deux ans et demi avaient donné le ton dans la confrontation avec les socialistes, les vaincus, empêtrés dans une longue liste d'affaires de corruption économique ou de scandales politiques et institutionnels (comme le Gal contre-terroriste). M. Alvarez Cascos, vice-président et jusqu'à octobre 1998 l'homme fort du Parti populaire, ou M. Rodriguez, le très caricatural porte-parole du gouvernement, ont fait les frais de ce « recentrage ».

165

Deux éléments semblent dominer le bilan de ces dernières années. Avant tout, l'hypothèse, de plus en plus solide, selon laquelle l'Espagne assiste à la fin de la lutte armée, du terrorisme, de la violence à grande échelle au Pays basque (ou qui provenait du Pays basque et qui, au cours des ans, avait frappé toute l'Espagne). En trente ans, en effet, l'ETA a tué 900 personnes (et ce n'est pas le seul parallélisme possible avec l'Irlande du Nord) sans avoir abouti à rien, puisque le système démocratique espagnol a tenu bon depuis 1977 (les premières élections démocratiques), surmonté un coup d'État en 1981, vu la normalisation de la position internationale de l'Espagne en Europe et dans le monde. C'est l'analyse des raisons de ce choix d'en finir avec la violence qui divise les observateurs et la classe politique. Paradoxalement, les partis démocratiques, nationalistes ou non, n'ont jamais été autant divisés et crispés sur le cas du Pays basque que depuis que l'ETA a abandonné la lutte armée.

Quant à la première question, celle de l'interprétation de la situation actuelle,

166 tout semble permettre de dire – et c’est un autre parallèle que nous pouvons établir avec l’Irlande du Nord – que nous sommes devant un changement dans le conflit, changement majeur : la prise de conscience par l’acteur principal, l’ETA, et ses alliés politiques légaux, Herri Batasuna, d’avoir atteint les limites de la lutte armée. Après tout, il y a 700 prisonniers de l’ETA dans les prisons d’Espagne et l’espoir de les voir sortir grâce à une « victoire armée » est devenu tout à fait illusoire. Le rejet et l’isolement de la violence – pas nécessairement de la finalité politique qu’elle visait – ont aussi atteint un plafond, en particulier lors des gigantesques mobilisations contre l’ETA dans toute l’Espagne et aussi dans les grandes villes basques, en réaction à l’assassinat du jeune conseiller municipal du Parti populaire, Miguel Angel Blanco en juillet 1997. Les conséquences ont été spectaculaires. D’une part, le Parti populaire est celui qui a gagné le plus de voix au Pays basque en deux ans. D’autre part, les juges ont mis en prison la totalité de la direction de Herri Batasuna et fermé le journal *Egin* pour délit d’apologie du terrorisme et connivence économique avec l’ETA et son système de financement, non pour « délit d’opinion » comme certains le disent à la légère. Les réactions sociales au Pays basque ont été mitigées ou même glaciales. Certains dirigeants de l’ETA, surtout quelques-uns de ses anciens dirigeants ayant un certain prestige « moral », ainsi qu’une partie de la direction d’Herri Batasuna, ont correctement interprété cet isolement. Une fois le virage entamé, on a constaté une conséquence immédiate : un rapprochement stratégique entre les partis nationalistes non violents (Parti nationaliste basque [PNB] et Eusko Alkartasuna [EA]) et le

parti héritier de Herri Batasuna, Euskal Herriarrok (EH), alliance qui présente un avantage pour la démocratie et un inconvénient qui peut être considérable. Un avantage, d’abord : la nouvelle direction de cette formation pro-ETA, ayant renoncé à s’appuyer sur la lutte armée, a accepté de participer pleinement au fonctionnement des institutions démocratiques (ce que Herri Batasuna boycottait systématiquement). Ainsi, après les élections basques d’octobre dernier, les parlementaires d’EH n’ont pas accepté de participer au nouveau gouvernement nationaliste, mais ont donné leurs voix à l’investiture de celui-ci, en lui garantissant en plus un soutien de législature. Car ces élections ont eu ce résultat surprenant : seuls le Parti populaire et, de façon plus limitée, Euskal Herriarrok ont gagné des voix, les autres partis en perdant ou stagnant ; mais la surprise est que le rapport partis nationalistes-partis « étatisés » reste identique à celui de l’ancienne législature quant aux sièges, avec un léger avantage à ceux-là.

Cette mutation stratégique s’accompagne toutefois d’un problème : le clivage traditionnel dominant au Pays basque entre forces démocratiques et forces favorables au terrorisme a disparu au profit d’un clivage très marqué entre nationalistes et non-nationalistes, ce qui permet d’augurer une accentuation des tensions politiques dans la province. C’est peut-être pour cela que les partis non nationalistes, en particulier au Pays basque, mais aussi dans le reste de l’Espagne, sont dans une certaine confusion et adoptent une attitude de plus en plus crispée. C’est pourtant une erreur : il y a eu transaction, et d’importance. L’abandon de la lutte armée devrait comporter, au-delà de l’approche strictement juridique du problème (l’applica-

tion de la loi, etc.), des concessions politiques, et le gouvernement de M. Aznar s'y applique, lentement mais de façon significative. Par exemple en ce qui concerne les prisonniers de l'ETA.

Un deuxième élément a joué un rôle important dans la vie politique, mais devrait s'atténuer avec le temps. Le PSOE, qui a dominé la vie politique espagnole pendant près de quinze ans, n'en finit pas d'aborder une nouvelle étape, qui devra nécessairement passer par deux moments difficiles : entrer dans l'« après-felipisme » (pour utiliser un terme déjà courant) avec un nouveau *leadership*, et enterrer les « années noires » de la corruption, des affaires et des scandales.

Pour ce qui est du choix d'un nouveau dirigeant, les élections « primaires » – phénomène totalement étranger à notre tradition électorale – ont suscité un certain bruit médiatique, mais les résultats semblent confus. Dans le cas du PSOE, pionnier en la matière, le fait que le vainqueur ait été l'outsider (M. Borrell) et non le candidat officiel et d'ailleurs secrétaire général du parti (M. Almunia) a créé plus de confusion que de clarification parmi les militants et les cadres. Une des conséquences les plus graves est que, dix mois plus tard, l'opinion n'arrive toujours pas à identifier le leader des socialistes, puisque les deux parlent publiquement à chaque occasion, de même que M. Gonzalez, qui n'arrive pas à choisir la discrétion.

D'autre part, de nombreux analystes pensent que le PSOE paie encore aujourd'hui l'erreur stratégique d'un choix fatal commis il y a dix ans, et dont le responsable est probablement M. Gonzalez lui-même. Quand la première affaire de corruption a éclaté, en 1990, touchant le

frère du vice-président de l'époque – ce Juan Guerra qui, depuis, a été jugé et condamné à plusieurs reprises pour des affaires personnelles de droit commun –, M. Gonzalez s'était refusé non seulement à envisager des démissions, mais avait affirmé qu'il n'y aurait pas de responsabilités politiques avant que les juges aient déterminé les responsabilités juridiques. La lenteur de la justice ordinaire, ici comme partout, a provoqué une accumulation d'affaires suivies systématiquement de la même réaction : rien avant que justice ne soit rendue. Après Juan Guerra, il y a eu M. Roldan, ancien patron de la Guardia Civil, M. Urralburu, ancien président de la Navarre, l'affaire Filesa qui a vu des dirigeants socialistes entrer en prison pour délit économique, etc. De ce fait, la totalité de ces cas arrivent devant les tribunaux et subissent par conséquent l'assaut souvent excessif des médias : en 1998, les socialistes se sentent non seulement cantonnés dans l'opposition par un rejet électoral qu'ils n'ont pas toujours interprété correctement, mais aussi victimes d'une sorte de « lynchage » politico-médiatique. L'autre variante est le cas assez dramatique du premier procès du Gal, ce groupe antiterroriste responsable de vingt-trois assassinats (dont au moins la moitié des victimes avaient été désignées par erreur et n'avaient rien à voir avec l'ETA ou son entourage), qui a fini par compromettre la totalité du ministère de l'Intérieur de Felipe Gonzalez. Ici, le problème est différent, puisqu'il ne s'agit pas de délits économiques (ou au moins pas directement). Ce que les partisans des thèses de M. Gonzalez acceptent mal, c'est qu'il est assez invraisemblable que, parmi les dix responsables du ministère de l'Intérieur de l'époque, huit soient coupables (y compris le directeur géné-

ral de la police), et les deux autres, l'ancien ministre M. Barrionuevo et son secrétaire d'État, M. Vera, les plus hauts placés dans la hiérarchie, soient innocents. La confusion des arguments n'a pas aidé, puisque, d'une part, leur entourage insiste encore et toujours sur l'innocence de Vera et Barrionuevo du point de vue légal, tout en suggérant que, s'ils voulaient parler, ils pourraient dire des choses compromettantes pour la sécurité de l'État, puisque tous les gouvernements antérieurs, socialistes ou centristes, ont aussi pratiqué la *guerra sucia* (« sale guerre »). Ce mélange de dénégation juridique et d'admission politique des faits est compréhensible d'un point de vue politique ou moral, si on pense (une bonne partie de l'opinion publique semblerait pencher en ce sens) que le cas ne devrait jamais avoir atteint les tribunaux. Mais, une fois l'affaire entrée en justice, l'État de droit a sa propre logique et on ne peut pas invoquer l'attirance d'un juge d'instruction (Garzon) pour la célébrité, alors qu'ils ont été jugés par la

Cour suprême. (Ce même juge Garzon est d'ailleurs redevenu soudain très populaire quand il a soulevé l'affaire Pinochet.)

En principe, l'année 1999 devrait voir un certain retour au calme, à la fois sur le front des prisonniers de l'ETA, et sur celui des Gal puisque le Tribunal constitutionnel a décidé, pendant les fêtes de Noël, de suspendre la peine de tous les inculpés du Gal une fois que la Cour suprême aura donné son avis favorable. Étant donné l'optimisme de la dynamique créée par l'euro, la situation économique espagnole et européenne restant raisonnablement bonne, tout laisse à penser que jusqu'aux élections catalanes prévues pour la fin de 1999 et aux élections générales de l'an 2000, la vie politique espagnole devrait retrouver une certaine sérénité. Même si le clivage politique principal sera de plus en plus entre centre et périphérie. Autrement dit, la question de la distribution territoriale du pouvoir reste ouverte.

PIERRE ASTIÉ
DOMINIQUE BREILLAT*

REPÈRES ÉTRANGERS

(1^{er} NOVEMBRE – 31 DÉCEMBRE 1998)

ALLEMAGNE

7-8 novembre 1998 : **CDU**. A la suite de la défaite de son parti aux dernières élections législatives (cf. *RE*, 88), l'ancien chancelier Helmut Kohl démissionne de la présidence de l'Union chrétienne-démocrate qu'il avait occupée pendant plus de vingt-cinq ans. Wolfgang Schäuble, 56 ans, paralysé depuis un attentat en 1990, lui succède avec une élection triomphale (93,4 % des voix). Völker Rühe, ancien ministre de la Défense, devient le numéro deux du parti. Angela Merkel, 44 ans, ancien ministre de l'Environnement, originaire de l'ex-RDA, est élue secrétaire générale (*Le Figaro*, 9 novembre 1998 ; *Libération*, 7-8 et 9 novembre 1998 ; *Le Monde*, 10 novembre 1998).

23 novembre 1998 : **Capitale**. Le président Roman Herzog inaugure l'ensemble de ses services désormais installés à Berlin dans un bâtiment neuf ovale (« l'œuf présidentiel ») qui a coûté 300 millions de francs. Dès 1994, le président von Weizsäcker avait fait de Berlin son premier lieu de résidence offi-

cielle, mais les locaux étaient insuffisants. Le Bundestag et la chancellerie devraient s'installer à Berlin dans neuf mois (*Le Monde*, 7 novembre 1998).

169

CHILI

25 novembre et 17 décembre 1998 : **Ancien chef de l'État, immunité**. Le 25 novembre 1998, la Chambre des Lords, juridiction suprême du Royaume-Uni, rendait une décision infirmant le jugement de la Cour divisionnaire du banc de la reine du 28 octobre précédent (cf. *RE*, 88). Par trois voix (Lord Steyn, Lord Nicholls of Birkenhead et Lord Hoffmann) contre deux (Lord Slynn of Hadley, président, et Lord Lloyd of Berwick), elle considérait, par une interprétation « innovante » de l'article 20 de la loi de 1977 sur l'immunité, que le général Augusto Pinochet, ancien chef de l'État chilien, ne bénéficiait pas de l'immunité d'État et pouvait, par conséquent, faire l'objet, éventuellement, d'une procédure d'extradition.

Au vu de cette décision, le ministre de l'Intérieur, Jack Straw, partisan de la fer-

* Université de Poitiers.

meté en matière d'ordre public, autorisait, le 9 décembre, la poursuite de la procédure légale visant à extraditer le général Pinochet vers l'Espagne, estimant recevable le dossier à charge que le juge Baltasar Garzon lui avait fait parvenir le 11 novembre.

Le 17 décembre, le comité d'appel de la Chambre des Lords présidé par Lord Browne-Wilkinson cassait à l'unanimité le jugement de ses pairs, au motif de l'absence d'objectivité de la décision du 25 novembre du fait des liens établis entre l'un des juges ayant refusé l'immunité, Lord Hoffmann, et l'organisation humanitaire Amnesty International, partie prenante dans les dépositions à charge contre l'ancien chef de la junte militaire.

Depuis 1823, c'est la première fois qu'un jury de Lords (cinq hauts magistrats de la Chambre des Lords) a à apprécier un verdict des magistrats de la Chambre haute qui, en principe, agit comme ultime instance juridictionnelle.

Un nouvel examen de l'immunité revendiquée par le général Pinochet aura lieu. Si la décision du 28 octobre devait être infirmée, il y aurait sans doute, *de facto*, une condamnation à l'« exil intérieur » du général Pinochet, qui, on peut le penser, hésitera désormais à quitter son pays (*Le Figaro*, 26 novembre, 10, 16 et 18 décembre ; *Libération*, 4 au 6, 9 au 14-15, 17, 19 novembre, 25 novembre au 3 décembre, 9, 11 au 14, 16, 18, 28 et 30 décembre 1998 ; *Le Monde*, 1-2, 3, 5, 6, 10, 13, 14, 17 novembre, 19 novembre au 1^{er} décembre, 3, 9 au 16, 19 et 26 décembre 1998 ; *Courrier international*, 31 décembre 1998 ; *Les Petites Affiches*, n^{os} 135, 11 novembre, 144, 2 décembre, 149, 14 décembre, et 154, 25 décembre 1998, art. de A.-J. Bullier).

ÉTATS-UNIS

3 novembre 1998 : **Élections législatives.** En dépit de l'affaire dite « Monicagate » (cf. *RE*, 87 et 88), le président William (Bill) J. Clinton sort renforcé des élections législatives à mi-mandat (*mid-term elections*). Son parti remporte plusieurs postes clés et gagne 5 sièges à la Chambre des représentants ; il conquiert également, avec Gray Davis, le poste de gouverneur de la Californie, occupé depuis seize ans par les républicains. Néanmoins, les républicains conservent la majorité dans les deux chambres. La participation n'a été que de 38 %, comme en 1994.

Désormais, le rapport de forces s'établit ainsi : 223 républicains (- 5), 211 démocrates (+5) et 1 indépendant (=) à la Chambre des représentants ; 55 républicains (=) et 45 démocrates (=) au Sénat ; 31 gouverneurs républicains (- 1), 17 démocrates (=) et 2 indépendants (+ 1).

Il faut remonter à 1934 pour voir le parti du président gagner des sièges à la Chambre des représentants lors d'un scrutin intermédiaire.

Le recul des républicains est un échec de la stratégie conservatrice du parti et contraint Newton (Newt) Lewis Gingrich, très impopulaire, à renoncer au poste de Speaker (président) de la Chambre des représentants et à abandonner son siège de représentant de Géorgie qu'il occupait depuis vingt ans. C'est Bob Livingstone, représentant de Louisiane, qui aurait dû lui succéder. Mais, rattrapé lui aussi par une « affaire sentimentale », il doit renoncer le 19 décembre, au moment où la Chambre se prononce dans la procédure d'*impeachment* (cf. *infra*).

Le soutien des électeurs à un courant républicain modéré apparaît avec le

succès des deux fils de l'ancien président George Bush. Ceux-ci sont réélus ou élus dans deux des plus importants États du Sud. George Walter, 52 ans, fils aîné, est réélu gouverneur du Texas avec 69 % des suffrages tandis que son frère John Ellis (Jeb), 45 ans, devient gouverneur de Floride avec 55 %. C'est la troisième génération Bush en politique depuis leur grand-père Prescott, sénateur du Connecticut dans les années 1950 (*Le Figaro*, 4 et 5 novembre 1998 ; *Libération*, 2 au 6, 9 et 10 novembre 1998 ; *Le Monde*, 3 au 6, 8-9 et 22 au 24 novembre 1998 ; www.klipsan.com).

3 novembre 1998 : **Référendums locaux.** Parallèlement aux élections parlementaires, quelque 70 référendums locaux se sont déroulés dans les divers États fédérés. Ils portaient sur les sujets les plus divers.

C'est ainsi qu'en Californie une majorité de 58,3 % de votants a décidé, malgré l'hostilité de l'industrie du jeu de Las Vegas et du gouverneur sortant, de légaliser certaines machines à sous dans les casinos indiens. L'usage de la marijuana pour les patients souffrant de maladies comme le cancer ou le sida a été approuvé dans quatre États (Colorado, Nevada, Arizona et Washington). La légalisation de l'euthanasie médicalement assistée a été rejetée par 70 % des électeurs du Michigan. S'inscrivant dans un courant actuel, l'État de Washington a approuvé l'interdiction de toute *affirmative action* (discrimination positive) en faveur des minorités dans les emplois publics et à l'école. Les Californiens ont interdit l'abattage des chevaux, et donc la consommation de leur viande. Les électeurs du Missouri et de l'Arizona ont interdit les combats de coqs... (*Le Monde*, 6 novembre 1998.)

Novembre-décembre : **Impeachment.** L'affaire dite du « Monicagate » suit son chemin malgré un accord intervenu entre les avocats du président Clinton et Paula Jones, allouant à cette dernière une somme de 850 000 dollars.

Le 19 décembre, la Chambre des représentants décide la mise en accusation du président Clinton dans une procédure d'*impeachment* pouvant conduire à la destitution du chef de l'État. Deux motifs d'inculpation sont retenus : parjure (faux témoignage sous serment dans l'affaire Monica Lewinsky) adopté par 228 voix (dont 5 démocrates) contre 206 (dont 5 républicains et 1 indépendant) ; entrave à la justice (adopté par 221 voix contre 212).

Les deux autres motifs d'inculpation proposés par la commission judiciaire, les 11 et 12 décembre, ont été rejetés : faux témoignage sous serment dans l'affaire Paula Jones (229 contre 205) et abus de pouvoir (285 contre 148).

Le procès devrait commencer le 6 janvier 1999. Les sénateurs, sous l'autorité du Chief Justice (président) de la Cour suprême, William Rehnquist, 74 ans, joueront le rôle à la fois de juges et jurés. Chacun prêtera serment de « rendre impartialement la justice en accord avec la Constitution et les lois ».

Il s'agit du quatorzième procès en destitution au Sénat. Outre le président Andrew Johnson il y a cent trente ans (le dix-septième président avait échappé à la destitution à une voix près), le Sénat américain a jugé un sénateur, un secrétaire à la Guerre et des juges fédéraux. Ces procès se sont soldés par sept verdicts de culpabilité. Le dernier cas remonte à 1989, à l'encontre d'un juge du Mississippi... nommé Nixon. Accusé de parjure, il avait été déchu de son poste.

Rappelons que le président Richard

M. Nixon, compromis dans le scandale du Watergate, n'a jamais été jugé, ayant démissionné après que la commission judiciaire de la Chambre eut recommandé son inculpation (*Le Figaro*, 19 et 20 décembre 1998 ; *Libération*, 10, 14-15, 16, 20, 21-22 novembre, 9, 11, 12, 14, 18 au 21 et 23 décembre 1998 ; *Le Monde*, 15-16, 21, 22-23 novembre, 6-7, 10, 13-14 au 23, 26, 29 et 31 décembre 1998 ; *Courrier international*, 10 et 23 décembre 1998 ; *Time Magazine*, 22 février 1999).

172 GRANDE-BRETAGNE

9 novembre 1998 : **Droits de l'homme.** La reine promulgue, le 9 novembre 1998, le *Human Rights Bill* qui, selon le ministre de l'Intérieur Jack Straw, est « la déclaration des droits de l'homme la plus significative au Royaume-Uni depuis le *Bill of Rights* de 1689 ». La Convention européenne des droits de l'homme pourra enfin être directement applicable. Les tribunaux devront interpréter toute loi d'une façon compatible avec la Convention. Il sera illégal pour les pouvoirs publics d'agir d'une façon incompatible avec elle. Lorsqu'un projet de loi sera déposé, les ministres compétents devront faire une déclaration sur la compatibilité du projet avec la Convention (*Survey of Current Affairs*, novembre 1998).

24 novembre 1998 : **Chambre des Lords.** Lors de l'ouverture solennelle du Parlement, la reine, dans le discours du trône qui représente le programme gouvernemental, annonce une réforme de la Chambre des Lords. Depuis son arrivée au pouvoir, les relations entre Tony Blair et la Chambre haute ont été particuliè-

rement mauvaises. Elles se sont aggravées, le 18 novembre, avec le refus des Lords, pour la cinquième fois, par 212 voix contre 183, d'accepter la modification du mode de scrutin pour les élections européennes. Le Premier ministre veut mettre en place la représentation proportionnelle avec listes bloquées, tandis que les Lords veulent au moins des listes ouvertes. C'est le plus grave échec d'un *Government Bill* depuis la défaite des Tories sur l'ouverture des commerces le dimanche, en 1986.

Tony Blair souhaite abolir le droit de vote des pairs héréditaires. Cela contraint le leader conservateur de la Chambre des Lords, le vicomte Cranborne qui avait tenté un arrangement, à démissionner.

Et pourtant, la Chambre des Lords a fait preuve d'ouverture en acceptant, le 16 novembre, par 145 voix « satisfaites » contre 115 « non satisfaites », que le Lord chancelier, actuellement Lord Irvine of Lairg, qui préside la Chambre, ne soit plus obligé de porter la culotte, les bas blancs, la chemise à dentelle et jabot, et la perruque pour présider, ne conservant ce costume que pour les grandes cérémonies. En outre, il a été dispensé de descendre à reculons les marches du trône lors de l'ouverture du Parlement, ce qui était une opération périlleuse compte tenu de son habit... (*Libération*, 24 et 25 novembre, 4 décembre 1998 ; *Le Monde*, 19, 20 novembre 1998 ; *Survey of Current Affairs*, décembre 1998.)

ISRAËL

21 décembre 1998 : **Élections législatives anticipées.** Lâché par la coalition qui le soutenait depuis son élection, le 29 mai 1996 (cf. *RE*, 79), le chef de la

droite israélienne, Benyamin Netanyahou, doit accepter de remettre son mandat en jeu deux ans avant son terme. La Knesset (Parlement) vote, en effet, le 21 décembre, à une large majorité (81 voix sur 120), son autodissolution et l'organisation d'un nouveau scrutin.

Son camp reproche à Benyamin Netanyahou d'avoir signé les accords de Wye Plantation portant sur un nouveau statut des territoires palestiniens, la gauche d'avoir bloqué l'application desdits accords.

Le double scrutin – élections législatives et élection au suffrage universel direct du Premier ministre – doit normalement se dérouler le 27 avril 1999. Ce caractère paradoxal du nouveau système électoral israélien ne permet pas aisément de dégager une majorité gouvernementale. Traditionnellement, le chef du parti arrivé en tête aux élections législatives était désigné par le président pour former le gouvernement. Depuis la réforme de 1996, le Premier ministre est élu au suffrage universel direct, au scrutin uninominal à deux tours. La Knesset, désignée simultanément, est, quant à elle, élue à la proportionnelle intégrale sur des listes nationales. Le seuil d'entrée au Parlement est fixé à 1,5 % des suffrages exprimés. Aussi, un électeur peut voter pour un candidat à la fonction de Premier ministre et pour un autre parti à la députation. C'est ainsi qu'en 1996 le chef du Likoud l'a emporté de 30 000 voix sur Shimon Peres, travailliste, mais le parti de Benyamin Netanyahou n'a obtenu que 22 sièges sur 120, d'où la nécessité de constituer une fragile coalition nationale-religieuse qui ne l'a soutenu que pendant trente mois. C'est aussi ce qui explique que la Knesset a décidé, par 62 voix, de revenir à l'ancien mode de désignation. Mais cela ne s'appliquera

que dans quatre ans (*Le Figaro*, 22 et 23 décembre 1998 ; *Libération*, 22 au 24 décembre 1998 ; *Le Monde*, 18, 22, 23, 26, 29 au 31 décembre 1998).

UNION EUROPÉENNE

3 décembre 1998 : **Parlementaires.** Le Parlement européen adopte, par 327 voix contre 120 et 43 abstentions, les prémices d'un statut du parlementaire européen. Sont instaurées une indemnité unique (5 677,22 ECU par mois soit 37 470 francs), en lieu et place d'indemnités variables selon la nationalité, ainsi que de nouvelles règles plus strictes pour le remboursement des seuls frais réels. Ces dispositions doivent encore être soumises à l'approbation du Conseil des ministres (*Le Figaro*, 4 décembre 1998).

17 décembre 1998 : **Commission et Parlement.** Le Parlement européen refuse de voter la décharge de la Commission pour le budget 1996 par 270 voix contre 225 et 23 abstentions, en signe de protestation contre sa gestion d'une demi-douzaine de dossiers de fraudes et d'irrégularités (gestion de l'aide humanitaire, financement des études sur la sécurité nucléaire dans l'ex-bloc communiste, attribution discutable de postes par la Commission). Ce vote n'a d'autre conséquence que de renvoyer le dossier du budget en commission parlementaire.

Par ailleurs, deux motions de censure ont été déposées, qui seront débattues à la mi-janvier (*Le Figaro*, 18 décembre 1998 ; *Libération*, 18 décembre 1998 ; *Le Monde*, 19 décembre 1998).

22 décembre 1998 : **Traité d'Amsterdam.** La Première Chambre néerlandaise (Chambre haute) autorise la ratifi-

cation du traité d'Amsterdam. La Belgique, l'Espagne, la France, la Grèce et le Portugal doivent encore ratifier le

traité pour qu'il entre en vigueur (*Le Figaro*, 23 décembre 1998 ; *Libération*, 23 décembre 1998).

PIERRE AVRIL
JEAN GICQUEL

CHRONIQUE
CONSTITUTIONNELLE FRANÇAISE

(1^{er} OCTOBRE – 31 DÉCEMBRE 1998)

Les références aux 23 premières chroniques sont données sous le sigle CCF suivi du numéro correspondant de Pouvoirs et de la page du recueil qui les réunit : Chroniques constitutionnelles françaises, 1976-1982 (PUF, 1983).

175

REPÈRES

- 2 octobre. Arlette Laguiller confirme le projet de liste LO-LCR aux élections européennes.
- 4 octobre. Le RPR revendique la tête de la liste de l'Alliance aux élections européennes.
- 6 octobre. Adhésion de Bernard Kouchner au PS.
- 15 octobre. Manifestations de lycéens.
- 17 octobre. Laurent Dominati devient secrétaire général de Démocratie libérale.
- 25 octobre. Les Verts plébiscitent la candidature de Daniel Cohn-Bendit aux européennes.
- 27 octobre. Le CNPF devient le MEDEF.
- 5 novembre. Le Conseil d'État critique le projet sur l'audiovisuel public.
- 7-8 novembre. Congrès fondateur de La Droite présidée par Charles Millon.
- 8 novembre. Valéry Giscard d'Estaing estime que le président de la République peut mettre fin aux fonctions du président du Conseil constitutionnel.
- 15 novembre. Les Verts demandent solennellement au Premier ministre la régularisation de tous les sans-papiers.
- 17 novembre. La cour d'appel de Versailles condamne Jean-Marie Le Pen à un an d'inéligibilité.
- 18 novembre. Le PCF revient sur les exclusions de sa période stalinienne.
- 20 novembre. « Mitterrand n'était pas un honnête homme », déclare Michel Rocard.
- 21 novembre. « Le bon Dieu n'a pas voulu de moi, mais le diable non plus », déclare Jean-Pierre Chevènement.
- 23 novembre. Début des grèves des cheminots.
- 29 novembre. Le conseil national de l'UDF avalise l'unification de la confédération.
- 30 novembre. Robert Hue dîne avec Daniel Cohn-Bendit.

- 4 décembre. Charles Pasqua quitte les instances dirigeantes du RPR.
- 5 décembre. Jean-Marie Le Pen accuse Bruno Mégret de s'appuyer sur une « minorité raciste ».
- 11 décembre. Nicole Notat est réélue secrétaire générale de la CFDT avec 77,8 % des suffrages.
- 13 décembre. Philippe Séguin est réélu à la présidence par les 85 000 adhérents du RPR.
- 23 décembre. Le bureau exécutif du FN exclut Bruno Mégret et six de ses partisans.

176

AMENDEMENT

– *Article 44, alinéa 2 C.* Le garde des Sceaux s'est opposé à la discussion de 16 sous-amendements lors de l'examen de la proposition de loi relative au pacte social de solidarité, le 2-12, au motif qu'ils n'avaient pas été examinés par la commission (p. 9956). L'opposition ayant très vivement protesté contre cette application aux sous-amendements de l'article 44, alinéa 2 C, M. Yves Cochet (RCV), qui présidait, a invoqué un précédent du 10-12-1997, et M^{me} Guigou la décision 86-202, du 3-6-1986, du CC sur l'article 48 du règlement du Sénat qui confirmait l'application de l'article 44, alinéa 2 aux sous-amendements (cette *Chronique*, n° 38, p. 161, et n° 39, p. 150).

– « *Cavaliers sociaux* ». L'irrecevabilité édictée par l'article LO 111-3 du Code de la sécurité sociale à l'encontre des amendements à une loi de financement de la Sécurité sociale non conformes aux dispositions de cet article est sanctionnée selon les modalités fixées par les règlements des assemblées (cette *Chronique*, n° 80, p. 152), et le CC leur applique la

règle du préalable, comme pour l'irrecevabilité de l'article 40 C (*ibid.*, n° 81, p. 176). La décision 98-404 du 18-12 apporte à cette règle un infléchissement inédit en relativisant la portée : si, conformément à la jurisprudence traditionnelle, les députés ne sont pas admis à contester devant le Conseil la régularité du II de l'article 28 de la loi de financement pour 1999, issu d'un amendement adopté par l'Assemblée nationale sans que la question de recevabilité ait été soulevée, les sénateurs sont en revanche fondés à contester la régularité de l'article 32 adopté dans les mêmes conditions au Palais-Bourbon, lequel article était effectivement étranger au domaine des lois de financement de la Sécurité sociale (p. 19667).

V. *Loi de financement de la Sécurité sociale*.

ASSEMBLÉE NATIONALE

– *Bibliographie.* « Statistiques 1997-1998 », *BAN*, 1998 ; Secrétariat général de l'Assemblée nationale, *L'Assemblée nationale et les Relations internationales*, coll. « Connaissance de l'Assemblée », n° 11, 1998.

– *Bureau.* M. Glavany (Hautes-Pyrénées, 3^e) (S), premier vice-président, nommé ministre de l'Agriculture et de la Pêche, le 20-10, a été remplacé dans ses fonctions par M. Forni (Belfort, 1^{re}) (S), le 28-10 (p. 16368).

– *Composition.* A l'issue du scrutin de ballottage, le 29-11, ont été élus députés : M^{me} Mathieu-Obadia (Alpes-Maritimes, 2^e) (RPR), MM. Nudant (Côte-d'Or, 2^e) (RPR) et Morin (Eure, 3^e) (UDF), à

la suite du renouvellement sénatorial (cette *Chronique*, n° 88, p. 167). (p. 18140).

– *Contrôle du domaine réservé*. De manière inédite, la mission d'information sur l'intervention de la France au Rwanda a publié son rapport, le 15-12 (cette *Chronique*, n° 86, p. 190) (*Le Monde* 17-12).

– *Réception*. Le président sénégalais, M. Abdou Diouf, a été reçu le 21-10 (supplément *Débats*, n° 86). De manière inédite, le représentant d'une organisation internationale, M. Kofi Annan, le sera à son tour, le 8-12 (*ibid.*, n° 115) (cette *Chronique*, n° 86, p. 188).

V. *Conseil constitutionnel. Contentieux électoral. Élections. Libertés publiques. Parlementaires en mission. Questions écrites. Résolution. Révision de la Constitution.*

AUTORITÉ JUDICIAIRE

V. *Loi*.

CODE ÉLECTORAL

– *Élections municipales*. Le décret 98-1110 du 8-12 porte modification du Code électoral en ce qui concerne le droit de vote et d'éligibilité des citoyens de l'Union européenne résidant en France, autres que ressortissants français, aux élections municipales (nouveaux articles R 117-2 et suivants) (p. 18586) (cette *Chronique*, n° 87, p. 186).

V. *Élections*.

COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

– *Bibliographie*. D. Turpin, *Droit de la décentralisation*, Gualino éditeur, 1998 ; GRALE, *Annuaire des collectivités locales*, 18^e éd., Litec, 1998 ; J.-L. Saux, « Double Calédonie », *Le Monde*, 4-12.

– *Libre administration*. La combinaison des articles 72 et 34 C, en matière d'imposition, ne saurait avoir pour effet, a rappelé le CC (98-405 DC) « de restreindre les ressources fiscales des collectivités territoriales au point d'entraver leur libre administration » (cette *Chronique*, n° 55, p. 209).

V. *Contentieux électoral. Libertés publiques. Référendum. Sénat*.

COMMISSIONS

– *Mission commune d'information*. Le Sénat a autorisé, le 17-12, les commissions des affaires culturelles, des affaires économiques, des affaires sociales, des finances et des lois à désigner les membres d'une mission commune d'information chargée de dresser le bilan de la décentralisation et de proposer des améliorations de nature à faciliter l'exercice des compétences locales (*BIRS*, 712, p. 42).

– *Sénat*. M. Christian Poncelet (RPR), élu à la présidence de la Haute Assemblée, a été remplacé à la présidence de la commission des finances par le rapporteur général de celle-ci, M. Alain Lambert (UC), le 7-10, lui-même étant remplacé par M. Philippe Marini (RPR). Les autres commissions permanentes ont reconduit leur président, à l'exception des affaires sociales, où M. Jean Delaneau (RI) a battu M. Jean-Pierre Fourcade,

qui a quitté le lendemain le groupe RI pour s'inscrire au groupe RDSE (*JO*, p. 15153 et 15266).

COMMISSIONS D'ENQUÊTE

– *Assemblée nationale*. La discussion de deux propositions, l'une de M. Aschieri (RCV), l'autre de M. Gaïa (S), concernant le groupement « Département Protection Sécurité » (service d'ordre du Front national), a donné lieu, le 9-12, à une question préalable du groupe RPR, qui contestait l'exploitation faite par la majorité des agissements de l'extrême droite. La commission d'enquête a néanmoins été décidée (p. 10291). Sur la proposition de M. Lajoinie (C), une autre commission a été créée « sur certaines pratiques des groupes nationaux et multinationaux industriels, de services financiers et leurs conséquences sur l'emploi et l'aménagement du territoire » (p. 10300). Sur les propositions de MM. Brard (C) et Guyard (S), une commission d'enquête sur la situation financière, patrimoniale et fiscale des sectes a été décidée le 15-12 (p. 10485).

– *Sénat*. La création d'une commission d'enquête sur la situation et la gestion des personnels de l'Éducation nationale a été décidée le 5-11 (*BIRS*, 706).

CONSEIL CONSTITUTIONNEL

– *Bibliographie*. Th. Bréhier, « La contestable procédure devant le Conseil constitutionnel », *Le Monde*, 31-10; J. Roux, « Le principe de la souveraineté de l'État dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel », *Civitas Europa*, n° 1, Presses universitaires de Nancy, 1998,

p. 125; D. Chagnollaud, « Giscard, un sage trop bavard », *Libération*, 25-12; J.-É. Schoettl, « Le Conseil constitutionnel a 40 ans », entretien, *PA*, 9-10; *AJJC*, 1997, vol. XIII, 1998.

– *Chr. CCC*, n° 5, 1998, p. 13; *PA*, 27-11, 30-11 et 2-12; *RFDC*, 1998, p. 633.

– *Notes*. J.-L. Matt sous 98-402 DC, *PA*, 11-11; F. Cuvillier, *AN*, Moselle, 3^e, 16-12, *ibid.*, 20-11.

– *Communication*. Depuis le 1^{er}-10, le Conseil a créé un site Internet : « 40^e anniversaire de la Constitution de 1958 » ([http://www. Conseil constitutionnel. fr :/quarante](http://www.Conseilconstitutionnel.fr/quarante)) en 20 questions confiées à des constitutionnalistes.

A l'issue de la délibération consacrée à l'examen de la loi de finances de l'année et de la loi de finances rectificative, le 30-12, des propos du secrétaire général ont été dénaturés en réponse aux questions des journalistes réunis à la faveur de la traditionnelle conférence de presse qu'il tient (v. *Le Figaro*, 31-12, et *Le Monde*, 1^{er}-1). En l'absence d'un *obiter dictum*, à l'instar du précédent du 23-8-1985 (Évolution de la Nouvelle-Calédonie, cette *Chronique*, n° 36, p. 178), le Conseil n'a porté, bien entendu, aucun jugement de valeur sur les recours déposés par l'opposition. On conçoit aisément l'émotion qui s'est emparée de ses membres, en un moment où l'institution traverse une situation troublée.

– *Compétence consultative*. Le Conseil d'État a jugé, à bon droit, le 30-10 (arrêt Sarran), que « seuls les référendums par lesquels le peuple français exerce sa souveraineté (art. 11 et 89C) sont soumis au contrôle du Conseil constitutionnel ». Par voie de corollaire, la consultation des

populations intéressées de la Nouvelle-Calédonie n'avait pas à être précédée de son avis.

– *Condition des membres.* L'instruction consacrée à l'affaire Elf s'est poursuivie (cette *Chronique*, n° 88, p. 163). Le président Dumas a été interrogé à deux nouvelles reprises, les 3-11 et 10-12 (*Le Monde*, 6-11 et 12-12). A l'issue de cette huitième audition, les juges ont décidé, le 23-12, de clore leur enquête en lui transmettant un courrier, en même temps qu'à six autres personnes mises en examen, dont M^{me} Christine Deviers-Joncour et M. Loïk Floch-Prigent. A l'expiration du délai imparti à celles-ci, le dossier sera transmis au parquet afin qu'il prenne ses réquisitions (*ibid.*, 26-12). Les magistrats instructeurs estiment avoir accumulé à l'encontre de M. Dumas « un faisceau de présomptions graves et concordantes ». Parallèlement, la Cour de cassation avait rejeté, le 14-10, sa demande de levée du contrôle judiciaire auquel il est astreint (*ibid.*, 16-10) (cette *Chronique*, n° 87, p. 188).

Après avoir demandé la levée du secret défense concernant la vente de frégates à Taiwan, le 22-10 (*Libération*, 23-10), le président du Conseil constitutionnel a obtenu de la 17^e chambre du tribunal correctionnel de Paris, le 26-11, la condamnation pour diffamation du *Parisien* et de *L'Express*. En revanche, il devait être débouté de ses poursuites à l'encontre du *Monde*, le 4-12 (*ce journal*, 28-11 et 6/7-12). (V. H. Gattegno, *L'Affaire Dumas*, Stock, 1998 ; cette *Chronique*, n° 66, p. 181.)

Au moment où la direction générale des impôts, sur saisine du ministère public (cette *Chronique*, n° 88, p. 163), décidait d'engager une vérification fiscale sur les ressources et le patrimoine de

M. Dumas (*Le Monde*, 28-11), une nouvelle polémique sur sa démission, consécutive à la publication du livre de M^{me} Christine Deviers-Joncour (*La Putain de la République*, Calmann-Lévy, 1998), s'est présentée (cette *Chronique*, n° 87, p. 188). M. Giscard d'Estaing, sur Europe 1, le 8-11, en a appelé à la responsabilité du chef de l'État, qui « peut mettre fin à ses fonctions. C'est le droit public français qui est constant : lorsqu'il y a pouvoir de nommer, il y a le pouvoir de révoquer » (*Le Monde*, 10-11). Cependant, le principe de l'inamovibilité des hauts conseillers réduit à néant cet argument. Le refus de siéger (la grève !) de certains d'entre eux, aboutissant au blocage de l'institution, faute de quorum, a été avancé (v. A. Peyrefitte, « L'honneur de la République et l'affaire Roland Dumas », *ibid.*, 8/9-11). Cette opinion ne saurait être acceptée car elle s'analyse en une violation du serment prêté par les membres à leur entrée en fonction.

Pour la seconde fois, l'intéressé a tenu à s'expliquer devant ses pairs, le 10-11, hors la présence des membres du secrétariat du Conseil. « Ayant la conscience en paix, je continuerai, en toute sérénité et en toute objectivité, de présider le Conseil constitutionnel, dont le fonctionnement n'est pas mis en cause », devait-il indiquer dans un communiqué remis à la presse (*Le Monde*, 12-11). Il a exprimé le regret, au surplus « que le duel à l'épée ou au pistolet soit passé de mode », dans *VSD*, le 8-11, en réponse au propos de l'ancien chef de l'État.

Pour sa part, M. Jospin se bornera à remarquer à France-Info, le 24-11 : « En tant que Premier ministre, je ne peux pas m'exprimer sur ce sujet. C'est au président et aux membres du Conseil constitutionnel, qui, eux, savent ce qui

pourrait affecter le fonctionnement du Conseil, de s'exprimer. Le Premier ministre et le gouvernement n'ont aucune part dans la nomination du président du Conseil constitutionnel, ni d'ailleurs dans son organisation [...] [en dehors] de la situation de juge de la

constitutionnalité par rapport au gouvernement » (*Le Monde*, 26-11).

Au nom du RPR, M. Séguin devait, pour sa part, estimer à TF1, le 29-11, « un peu inutile » cette controverse dans la mesure où [M. Dumas] est « le seul à pouvoir prendre la décision que cer-

180

14-10	Nomination de rapporteurs adjoints (p. 15816).
14-10	Sénat, Charente et Corrèze (p. 15895). <i>V. Contentieux électoral.</i>
10-11	Sénat, Français établis hors de France (p. 17114). <i>V. Contentieux électoral.</i>
10-11	Sénat, Bouches-du-Rhône (p. 17115). <i>V. Contentieux électoral et ci-dessous.</i>
10-11	Sénat, Polynésie française (p. 17115). <i>V. Contentieux électoral.</i>
19-11	Sénat, Gers (p. 17609). <i>V. Contentieux électoral.</i>
19-11	Sénat, Aude (p. 17610). <i>V. Contentieux électoral.</i>
19-11	Sénat, Wallis-et-Futuna (p. 17610). <i>V. Contentieux électoral.</i>
24-11	Sénat, Côtes-d'Armor (p. 17860). <i>V. Contentieux électoral.</i>
24-11	Sénat, Haute-Garonne (p. 17861). <i>V. Contentieux électoral.</i>
8-12	AN, Nord, 13 ^e (p. 18599). <i>V. Contentieux électoral.</i>
10-11	Chantal Perdrix (p. 17114). <i>V. ci-dessous.</i>
18-12	98-404 DC, loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 (p. 19663, 19667, 19670 et 19671). <i>V. Amendement. Loi organique. Loi de financement de la Sécurité sociale et ci-dessous.</i>
29-12	98-405 DC, loi de finances pour 1999 (p. 20138, 20143, 20147 et 20150, rect., p. 8). <i>V. Collectivités territoriales. Libertés publiques. Loi de finances et ci-dessous.</i>
29-12	98-406 DC, Loi de finances rectificative pour 1998 (p. 20160, 20161 et 20162). <i>V. Loi de finances et ci-dessous.</i>

tains attendent. [...] Il ne sert à rien de s'immiscer » (*Le Monde*, 1^{er}-12).

En définitive, le rempart constitutionnel de la présomption d'innocence ne saurait occulter le devoir de conscience et de responsabilité envers une institution de la République. (V. S. July, « L'honneur perdu de Roland Dumas », *Libération*, 17-11 ; H. Gattegno, « M. Chirac se protège en défendant M. Dumas », *Le Monde*, 2-12.)

– *Condition des membres (suite)*. Le président Fabius a rendu hommage, à l'occasion d'une cérémonie organisée à l'hôtel de Lassay, le 15-10, à M. Pierre Mazeaud (*Le Monde*, 17-10). M^{me} Simone Veil a demandé à être déchargée de ses fonctions de présidente du Haut Conseil de l'intégration (décret du 19-10, p. 15889). Rapporteur du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999, elle devait être mise en cause, en raison de son passé ministériel, par un syndicat de médecins généralistes (MG France), seul signataire d'une convention avec la CNAM (*BQ*, 21-12).

– *Décisions*. Outre le tableau général statistique des décisions du Conseil depuis 1958 (*CCC*, n° 5, p. 12), v. *tableau ci-dessus*.

– *Normes de constitutionnalité*. De manière ordinaire, le CC a rappelé que, sur le fondement de l'article 61 C, il ne lui appartient pas « d'examiner la conformité d'une loi aux dispositions d'un texte de droit international » au même titre qu'une « directive européenne » (98-405 DC).

Une fois encore (cette *Chronique*, n° 87, p. 185), le Conseil a refusé d'accueillir un *PFRLR* : aucun d'entre

eux « n'interdit que le produit d'une imposition soit attribué à un établissement public ou à une personne privée chargée d'une mission de service public » (98-405 DC). En dernière analyse, l'article 99 de la loi de finances pour 1999 relatif à la taxe sur les activités saisonnières a été censuré pour incompétence négative, le législateur n'ayant pas déterminé les règles de recouvrement « avec une précision suffisante » (98-405 DC). En revanche, ce dernier a exercé pleinement sa compétence en assortissant de garanties suffisantes l'utilisation par les services fiscaux du fichier de la Sécurité sociale en vue de favoriser la lutte contre la fraude fiscale (98-405 DC).

– *Polémique*. Le refus partiel de communication des pièces opposé à un juge d'instruction, le 10-11 (p. 17114), a été à l'origine d'une mise en cause de l'institution. Le Conseil « couvre l'élection de M. Tiberi », a affirmé la candidate socialiste (*Le Monde*, 14-11).

– *Procédure*. A l'issue de l'examen du contentieux des élections sénatoriales (*infra*), le Conseil a publié ses observations (p. 18680), comme naguère pour les élections législatives de 1997 (cette *Chronique*, n° 87, p. 190).

I. De ce point de vue, il a réitéré le souhait d'une révision de la liste des fonctions frappées d'un cas d'inéligibilité relative (cette *Chronique*, n° 80, p. 154) et signalé, outre des manquements à la sincérité du scrutin, une « anomalie » par rapport aux énonciations de l'article L.289 du Code électoral : les bulletins distribués aux conseillers municipaux à Marseille comportaient les seuls intitulés des listes sans qu'y figurent les noms des candidats. Avec fermeté, le

Conseil affirme : « Il doit être mis fin à de telles pratiques contraires aux exigences du suffrage démocratique. » Si l'on partage aisément cette sévérité, on en vient à s'interroger : pourquoi ce moyen d'ordre public n'a-t-il pas été soulevé d'office ?

182 Pour la première fois, un juge d'instruction au TGI de Paris (M^{me} Chantal Perdrix) a demandé au Conseil, le 22-10, la communication du rapport d'instruction présenté devant lui par une section d'instruction ainsi que l'ensemble des pièces et mémoires déposés à propos de la contestation de l'élection de M. Tiberi (AN, Paris, 2^e, 20-2-1998, cette *Chronique*, n° 86, p. 197). La Haute Instance, le 10-11 (p. 17114), a accédé à la demande du juge pour les besoins de son information pénale relative à des inscriptions sur les listes électorales en raison du « caractère contradictoire » de la procédure suivie, en matière de mémoires et de pièces entre les parties ; en revanche, elle s'est opposée à la transmission du rapport de la section d'instruction, laquelle est couverte par le secret qui s'attache à ses délibérations (art. 3 de l'ord. du 7-11-1958), ce dossier ne pouvant être « regardé comme une pièce détachable » des délibérations. Qui plus est, la présente décision s'impose, aux termes de l'article 62 C, aux pouvoirs publics et à toutes les autorités administratives et juridictionnelles. La cause est entendue, sauf recours devant la Cour européenne des droits de l'homme (cette *Chronique*, n° 85, p. 163).

II. Comme naguère pour le traité d'Amsterdam (*ibid.*, p. 169), le Conseil a été saisi, pour la seconde fois, conjointement par le président de la République et le Premier ministre (art. 54 C), le 24-

12, à propos du traité instaurant une Cour pénale internationale.

III. Outre la censure d'un cavalier législatif (empiètement sur le domaine réservé à la loi organique) (98-404 DC, 18-12), l'examen de la loi de finances, l'acte le plus important de l'année, à la réflexion, mériterait de nourrir une réflexion en vue de favoriser la sérénité de l'examen de conformité (cette *Chronique*, n° 88, p. 173). En dépit du travail opéré en amont, le Conseil statue en pratique selon la procédure d'urgence. Tant et si bien qu'en s'abstenant de soulever d'office une disposition il ne confère pas, pour autant, un brevet de régularité aux autres. De la même façon, il reste sourd, le cas échéant, à une sollicitation d'une assemblée tentée de se défaire sur lui.

V. *Amendement. Collectivités territoriales. Contentieux électoral. Libertés publiques. Loi de finances.*

CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

– *Composition.* Un décret du 19-10 (p. 15889) porte nomination de personnalités appelées à siéger dans les sections.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA MAGISTRATURE

V. *Dyarchie. Président de la République. Révision de la Constitution.*

CONSTITUTION

– *Bibliographie.* B. Mathieu et M. Verpeaux (sous la dir. de), *La Constitutionnalisation des branches du droit*, Écono-

mica, 1998 ; B. Genevois, « Les limites d'ordre juridique à l'intervention du pouvoir constituant », *RFDA*, 1998, p. 909 ; F. Lemaire, « Les conventions de la Constitution dans le système juridique français », *RFDC*, 1998, p. 451 ; « Les 40 ans de la V^e République », *RDP*, n° spécial, 1998 ; S. Sur, « Vive la Constitution de la V^e République », *Commentaire*, n° 84, 1998, p. 1037 ; « Faut-il changer de République ? », *Libération*, 3/4-10.

– *Commémoration*. Outre l'émission d'un timbre (*Le Monde*, 10-10), le 40^e anniversaire de la Constitution de 1958 a donné lieu à des colloques et à la création, à l'initiative du Conseil constitutionnel, d'un site Internet en vue d'en faire « le tour en 20 questions ». Au surplus, le Sénat a honoré Michel Debré en apposant une plaque au fauteuil qu'il occupa de 1948 à 1958, le 17-12 (*BIRS*, 711, p. 39).

V. Dyarchie. République.

CONTENTIEUX ÉLECTORAL

– *Bibliographie*. J.-P. Camby, « Le contentieux des élections des députés : éléments pour un bilan », *CCC*, n° 5, 1998, p. 75.

– *Élection de sénateurs*. A l'issue du renouvellement triennal de la Haute Assemblée (cette *Chronique*, n° 88, p. 167), le juge électoral a été saisi de 9 requêtes en contestation qui n'ont pas abouti.

I. Sur la procédure, le CC a confirmé (cette *Chronique*, n° 77, p. 241) que la

qualité du requérant, au sens de l'article LO 180 du Code électoral, était liée à celle d'électeur ou de candidat (14-10, Charente et Corrèze, p. 15895 ; 10-11, Français établis hors de France, p. 17114). Dans le même ordre d'idées, il devait repousser, tour à tour, une demande tendant à ce qu'il engage une procédure ou qu'il prononce une condamnation à l'encontre d'un élu, ou visant à accorder des dommages et intérêts ou condamner une partie aux frais et dépens de l'instance (10-11, p. 17115) (cette *Chronique*, n° 84, p. 199). Au surplus, par cette même décision, le CC a rappelé (cette *Chronique*, n° 85, p. 165) qu'en l'absence d'une disposition à valeur organique (art. 63 C) l'aide juridictionnelle ne pouvait être invoquée. Ce qui pose, en soi, le problème de l'accessibilité à la justice constitutionnelle. Or, contre toute attente, les observations présentées par le Conseil aux pouvoirs publics traitent cet aspect par prétériorité (p. 18680).

En dernier lieu, de manière exceptionnelle, les sénateurs intéressés n'ont pas produit d'observations en défense (24-11, Côtes-d'Armor, p. 17860).

II. Au fond, le juge a veillé à la sincérité du vote, hormis une « anomalie » (*supra*). Les candidats peuvent envoyer à leurs frais d'autres documents que ceux ayant un caractère officiel (art. L 308 du Code électoral), à partir de l'instant où les concurrents disposent de la possibilité d'y répondre (19-11, Gers, p. 17609). La presse écrite est libre de relater la campagne comme elle l'entend (*ibid.*). L'absence du timbre à date de la préfecture sur toutes les enveloppes (art. R 167 du Code électoral) demeure sans incidence sur le résultat de l'élection, en l'absence de toute allégation de fraude

(19-11, Aude, p. 17610). Par ailleurs, le fait que les documents électoraux soient parvenus à une partie des électeurs la veille du scrutin est sans incidence sur la validité de ce dernier (24-11, Haute-Garonne, p. 17861) ; de la même façon qu'une inversion sur le bulletin de vote du nom du remplaçant au lieu de la mention remplaçant éventuel (*ibid.*) ou d'une dénomination légèrement différente entre les bulletins et la liste (*ibid.*).

En l'absence d'une manœuvre, le maintien au ballottage de bulletins de candidats du premier tour ne vicie pas l'élection. Il appartient à ceux-ci de les faire enlever « s'ils le jugent opportun » (14-11, Côtes-d'Armor, p. 17860). Une réforme s'avérait néanmoins utile, selon une observation du juge (p. 18680), afin de dissiper tout malentendu.

Le Conseil a frappé d'irrecevabilité une requête tendant à l'annulation partielle d'une élection à la représentation proportionnelle (10-11, Bouches-du-Rhône, p. 17115). Il a validé, par ailleurs, l'élection sénatoriale à Wallis-et-Futuna, le 19-11 (p. 17610), au motif, d'une part, que l'élu, directeur de l'enseignement catholique du territoire, n'appartenant pas au corps des inspecteurs de l'Éducation nationale, n'y était pas inéligible, aux termes de l'article LO 133 7° du Code électoral, et, d'autre part, que le chassé-croisé est autorisé au cas particulier. A savoir : un candidat peut entrer en lice en vue du second tour ; de la même façon qu'il est loisible à un candidat du premier tour de renoncer au ballottage et de devenir le remplaçant du nouveau candidat. Cette circonstance ne saurait être assimilée ni à la double qualité de candidat et de remplaçant de candidat ni à celle de candidat multiple, situations prohibées par les articles L 299 et L 302 du Code électoral.

Le particularisme sénatorial veut, par ailleurs, que les dispositions relatives au mandataire financier (art. L 52-6 du Code électoral) ne soient pas applicables (24-11, Haute-Garonne, p. 17861) ; au même titre que celles concernant les avantages en nature conférés par les collectivités publiques (art. L 52-8) (10-11, Polynésie française, p. 17115). Mais, en ce cas, l'argument tiré d'une rupture de l'égalité entre les candidats débouchant sur une altération de la sincérité du scrutin « pouvait être utilement invoqué ». On se prend à songer au regret du juge, en l'absence de preuve produite par le requérant.

– *Élection d'un député.* De manière constante (cette *Chronique*, n° 86, p. 198), le Conseil a estimé que les propos contestés n'avaient « pas excédé les limites de la polémique électorale habituelle » (8-12, Nord, 13°, p. 18599). De même que des irrégularités vénielles, en dehors de toute finalité de fraude, n'ont pas affecté la sincérité du scrutin.

– *Élection d'un président de conseil régional.* Par un arrêt daté du 9-12, le Conseil d'État a annulé l'élection de M. Millon à la présidence de la région Rhône-Alpes, au motif qu'il a été contrevenu à l'article L 4133-1 du CGCT (rédaction de la loi du 7-3-1998), aux termes duquel « cette élection ne donne lieu à aucun débat ». De fait, en prélude au second tour de scrutin, un bref échange s'est instauré entre MM. Millon et Gollnisch (FN) : « Cette irrégularité doit être regardée comme ayant influé sur le résultat du scrutin. »

– *Élections régionales.* Le Conseil d'État a annulé, le 18-12, les élections à l'assemblée de Corse (cette *Chronique*, n° 86,

p.203), en raison de l'irrégularité de près de 1 300 votes, comportant notamment une signature manifestement différente sur les listes d'émargement entre le premier et le second tour de scrutin. (*BQ*, 21-12).

V. *Assemblée nationale. Conseil constitutionnel. Élections. Sénat.*

COUR DE JUSTICE DE LA RÉPUBLIQUE

– *Composition.* Le Sénat a élu, le 27-10, 6 membres titulaires ainsi que leur suppléant. Parmi ceux-ci figure notre collègue Patrice Gélard (Seine-Maritime) (RPR) (p. 16316) (cette *Chronique*, n° 83, p. 187). Acte de la prestation de serment leur a été donné.

– *Costume d'audience.* En vue du procès du sang contaminé (cette *Chronique*, n° 88, p. 165), les membres de cette juridiction (suppléants compris) ont décidé, par un vote, le 14-11, de revêtir la robe noire de magistrat (*Le Monde*, 26-11).

V. *Ministres.*

DROIT ADMINISTRATIF

– *Bibliographie.* H. Oberdorff, *Les Institutions administratives*, A. Colin, 1998 ; J. Petit (sous la dir. de), *Droit administratif et Administration*, La Documentation française, 1998.

DROIT COMMUNAUTAIRE

– *Bibliographie.* G. Bertrand, *La Prise de décision dans l'Union européenne*, La Documentation française, 1998 ; C. Tou-

ret, « Le Parlement européen, symbole de l'Europe des citoyens », *PA*, 16-11.

– *Transposition des directives communautaires en droit interne.* Une circulaire du Premier ministre, datée du 9-11, poursuit cette finalité (p. 16948).

V. *Code électoral. Gouvernement. Parlement. Révision de la Constitution.*

DROIT CONSTITUTIONNEL

– *Bibliographie.* Ph. Lauvaux, *Les Grandes Démocraties contemporaines*, PUF, 2^e éd, 1998 ; F. Lemaire, « Les Conventions de la Constitution dans le système juridique français », *RFDC*, 1998, p. 451 ; *Annales*, Dalloz, 1998.

V. *Constitution. Révision de la Constitution.*

DYARCHIE

I. *Ordre interne.* A trois jours de l'examen par le Parlement du projet de loi d'orientation présenté par M. Le Pen (qui veut que l'agriculture « ne soit pas réduite à la seule activité de production de matière première »), le président de la République a déclaré, le 3-10, à Aurillac, que « l'agriculture doit [...] réaffirmer sa vocation exportatrice, en refusant le déclin auquel la conduirait un repli sur elle-même » (*Le Monde*, 4/5-10) ; au Conseil des ministres du 7, il s'était déclaré « préoccupé » par la situation du système de protection sociale dont il s'était affirmé le « garant ». Le Premier ministre a répliqué, le 8, sur France 2, que c'est « le gouvernement [qui] garantit la sécurité sociale », ajoutant que « les

Français sont d'ailleurs assez contents de la cohabitation. Je participe de leur contentement, parce que vous ne m'entendez jamais critiquer le président de la République. Si le président de la République émet des critiques, c'est sa responsabilité. Mais, alors, c'est à lui qu'il faut demander pourquoi il le fait » (*ibid.*, 10-10). A la suite de la réorganisation du ministère de l'Économie et des Finances (*JO* du 3-11), le chef de l'État a été appelé à renommer la plupart des directeurs, mais il a souhaité que le directeur général des stratégies industrielles ne soit pas reconduit à titre intérimaire et celui-ci est devenu conseiller au cabinet du secrétaire d'État à l'Industrie (*Le Monde*, 4-11).

Le Premier ministre ayant souhaité, le 5-11, que les « fusillés pour l'exemple » de 1917 « réintègrent pleinement notre mémoire collective », l'Élysée, qui s'est étonné de n'avoir pas été informé au préalable, a publié le lendemain un communiqué jugeant sa déclaration « inopportune » (*Le Monde*, 8/9-11). En revanche, Jacques Chirac et Lionel Jospin se sont retrouvés le 11 pour le dévoilement de la statue de Winston Churchill aux Champs-Élysées.

La révision constitutionnelle a été une autre source de tension : si la ratification du traité d'Amsterdam nécessite l'amendement à l'article 88-2 C, qui a finalement été programmé pour le 18-1-1999, le président de la République a décidé de ne convoquer le Congrès pour approuver la réforme du CSM qu'après l'adoption du projet sur la présomption d'innocence ; or le retard provoqué par les débats sur le PACS a contraint le Premier ministre à différer l'examen de ce projet, et donc à se résigner au report de la révision du CSM (*Le Monde*, 2-12), tandis que le garde des Sceaux manifes-

tait son impatience devant l'attitude présidentielle (v. *Président de la République*). En sens inverse, le chef de l'État a apporté son appui, le 4-12, à Rennes, au projet de LC relatif à l'égalité entre les hommes et les femmes, dans le cadre de la modernisation de la vie politique qu'il appelle de ses vœux. A propos du discours de Rennes, le Premier ministre a répondu, le 15-12, sur RTL, qu'il avait trouvé qu'il y avait « beaucoup d'emprunts au discours et à la pratique gouvernementale », après avoir assuré : « Ce qui m'intéresse, ce n'est pas la relation entre le président de la République et le Premier ministre, parce qu'elle est codifiée. [...] Ce qui m'intéresse, c'est la relation entre le gouvernement et les Français. » Tous deux avaient visité, séparément, le 14, les Restos du cœur (*ibid.*, 10-12).

Les vœux présidentiels du 31-12 ont été l'occasion d'allusions critiques, notamment à l'égard du PACS (« il faut éviter ce qui divise inutilement, ce qui blesse les gens dans leurs convictions ») et de la sécurité des biens et des personnes, qui « n'est pas garantie partout » (*ibid.*, 1^{er}-1-1999).

II. *Ordre externe*. Les autorités françaises, selon la formule usitée, ont œuvré de conserve au plan communautaire et bilatéral. Elles ont participé, d'une part, à un conseil européen informel à Pörschach (Autriche), les 24 et 25-10 (*Le Monde*, 26/27-10), puis au conseil institutionnel à Vienne, les 11 et 12-12 (*ibid.*, 15-12). Elles ont collaboré, d'autre part, aux divers sommets : franco-espagnol de La Rochelle, les 20/21-11 (*ibid.*, 25-11) ; franco-allemand à Potsdam avec le nouveau chancelier, les 30-11 et 1^{er}-12 (*ibid.*, 2/3-12), et franco-britannique à Saint-Malo, le 4-12 (*ibid.*, 5-12). Par

ailleurs, elles ont accueilli, à Paris, le sommet franco-africain (« OUA bis »), le 26-11 (*ibid.*, 28-11).

D'un commun accord, lors de sa visite, le chef de l'État a annulé la dette du Honduras et du Nicaragua, sinistrés après le passage du cyclone Mitch (*Le Monde*, 18-11).

En matière de défense, la France est devenue, le 10-12, la *nation pilote* d'une force multinationale, dans le cadre de l'OTAN, stationnée en Macédoine en vue de maintenir la paix au Kosovo (*Le Monde*, 12-12). Elle a, au surplus, « déploré », le 17-12, « l'engrenage qui a conduit aux frappes militaires américaines contre l'Irak » (*ibid.*, 18-12). De manière concomitante, MM. Chirac et Jospin ont été présents, le 3-10, respectivement à Vincennes et à Malakoff, à une séance de la nouvelle conscription, appelée l'« appel de préparation à la défense » (*ibid.*, 4/5-10).

V. *Conseil constitutionnel. Premier ministre. Président de la République. République.*

ÉLECTIONS

– *Bibliographie.* P. Martin, *Les Élections sénatoriales du 27-9-1998*, La Documentation française, « Regards sur l'actualité », n° 245, 1998, p. 3.

– *Élections législatives partielles.* Faisant suite aux élections sénatoriales (cette *Chronique*, n° 88, p. 160), trois consultations ont été organisées. A leur issue, le 29-11, le rapport des forces politiques a été conservé avec l'élection de M^{me} Mathieu-Obadia (Alpes-Maritimes, 2^e) (RPR), de MM. Nudant (Côte-d'Or, 2^e) (RPR) et Morin (Eure, 3^e) (UDF).

V. *Assemblée nationale. Contentieux électoral. Libertés publiques. Révision de la Constitution.*

ENGAGEMENT INTERNATIONAL

V. *Loi.*

EXCEPTION D'IRRECEVABILITÉ

– *Adoption.* L'exception d'irrecevabilité à la proposition de loi relative au pacte civil de solidarité déposée par le groupe Démocratie libérale et Indépendants et défendue par M. Jean-Pierre Mattei, le 9-10, a été adoptée à mains levées, en raison de l'absence de nombreux députés de la majorité plurielle, après que le président de séance, M. Yves Cochet (RCV), eut déclaré qu'elle était repoussée et eut rectifié son annonce devant les protestations de l'opposition (p. 6281). C'est la première fois qu'une exception d'irrecevabilité est adoptée par l'Assemblée depuis le 30-11-1978, à l'encontre du projet de loi portant adaptation de la législation relative à la TVA à une directive européenne (CCF, n° 9, p. 172).

– *Rejet.* Le groupe DLI a déposé à nouveau une exception d'irrecevabilité lorsque la même proposition a été inscrite à l'ordre du jour du 3-11. L'exception, qui a été défendue par M^{me} Christine Boutin dans une intervention de plus de cinq heures, se fondait non seulement sur l'article 84, alinéa 3 RAN, qui interdit de « reproduire » avant un an les propositions repoussées, mais surtout sur l'inscription à l'ordre du jour d'un texte que l'Assemblée avait précédemment déclaré contraire à la Constitution. L'exception a été rejetée au scru-

tin public par 299 voix contre 233, le 4, à 3 h 40 (p. 8012).

V. Séance.

GOUVERNEMENT

– *Bibliographie*. Chr. Bigaut, « La spécificité juridique des contrats des membres des cabinets ministériels », *PA*, 21-12 ; M. Noblecourt, « DSK-Aubry, les alliés querelleurs de Lionel Jospin », *Le Monde*, 17-10.

188 – *Activité éditoriale*. Une circulaire du 22-12 (p. 20165) précise les conditions de fonctionnement du comité des publications au sein des administrations.

– *Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire*. La réunion du CIAT, qui regroupait les membres du gouvernement, à l'exception du garde des Sceaux, s'est tenue, le 15-12, à l'hôtel Matignon (*Le Monde*, 17-12).

– *Composition*. M. Le Pensec, élu sénateur du Finistère (cette *Chronique*, n° 88, p. 168), ayant opté pour ce mandat, a été remplacé par M. Glavany, dans ses fonctions de ministre de l'Agriculture et de la Pêche par un décret du 20-10 (p. 15929). M. Kouchner, secrétaire d'État à la Santé, a été nommé, par un décret du 17-11, secrétaire d'État à la Santé et à l'Action sociale ; au même instant où M^{me} Péry, secrétaire d'État à la Formation professionnelle, devenait secrétaire d'État aux Droits des femmes et à la Formation professionnelle (p. 17360). Il s'agit des 3^e et 4^e remaniements du gouvernement Jospin (cette *Chronique*, n° 86, p. 205).

La fonction de délégué aux droits de la femme a été supprimée, sur ces entre-

faites, par le décret 98-1053 du 24-11 (p. 17766) (cette *Chronique*, n° 85, p. 171).

– *Conseil de sécurité intérieure*. Lors de sa réunion du 12-10, sous la présidence de M. Jospin, le Conseil s'est soucié de l'aide aux victimes et de la délinquance des mineurs (*Le Monde*, 14-10). Une circulaire du 6-11 (p. 16893) en assure la mise en œuvre.

– *Conseil national de la science*. Le décret 98-938 du 20-10 crée auprès du ministre chargé de la recherche ce Conseil, lequel a pour mission d'éclairer les choix du gouvernement en matière de politique de recherche et de technologie (p. 15936).

– « *Gouvernement de long cours* ». A France-Info, le 24-11, le Premier ministre a affirmé : « Nous agissons de façon positive et nous ne ralentissons en rien le rythme de nos réformes. [...] Le peuple juge. On n'est pas obligé de le pousser à avoir une vision négative. L'impatience est du côté des commentateurs. Il faut accepter qu'il y ait un début, où l'on pose les fondations et indique les grandes orientations. Après on gouverne, parce que nous avons été élus pour cela. [...] Nous sommes un gouvernement de long cours » (*Le Monde*, 26-11).

– *Information juridique*. Le Premier ministre a adressé une circulaire, en date du 17-12 (p. 19487), relative à la diffusion de données de cette nature sur les sites Internet des administrations.

– *Ministère des relations avec le Parlement*. En l'absence d'une « administration spécifique », indique le ministre intéressé, son « fonctionnement et les

moyens en personnel sont assurés par le secrétariat général du gouvernement » (AN, Q, p. 6734).

– *Solidarité*. M^{me} Voynet s’est prononcée pour la sortie du tout-nucléaire : « La France est en train de virer de bord », devait-elle déclarer dans un entretien à *Libération*, le 13-10. Le Premier ministre a jugé, à Europe 1, tout à l’opposé, le 15-12 : « Ma formule est simple : la France sans le nucléaire [...], c’est impossible » (*Le Monde*, 16-12). La ministre s’est déclarée, au surplus, « en désaccord » avec M. Jospin, à TF1, le 15-11, s’agissant des sans-papiers. Favorable à la régularisation de ceux-ci, elle devait s’attirer, assise au banc des ministres, une réprimande publique du Premier ministre, le 17-11, à l’Assemblée nationale, lors de l’examen des questions au gouvernement : « Ce serait une attitude totalement irresponsable » (p. 9102). Néanmoins, l’intéressée déclarera à la sortie du Conseil des ministres du lendemain : « Je n’entends pas brider ma liberté de parole », avant d’argumenter : « Pas de pluralité sans débat » (*Le Monde*, 20-11) (cette *Chronique*, n° 88, p. 168).

V. *Droit communautaire. Ministres. Premier ministre.*

GROUPES

– *Sénat*. A la suite du renouvellement de la série A, la composition du Sénat est la suivante, au 5-10 (*BIRS*, 702) (entre parenthèses, le nom du président) :

Groupe communiste républicain et citoyen (M^{me} Hélène Luc) : 16.

Groupe de l’Union centriste (M. Jean Arthuis) : 49 et 3 rattachés = 52.

Groupe des Républicains et Indépen-

dants (M. Henri de Raincourt) : 44, 1 apparenté et 2 rattachés = 47.

Groupe du Rassemblement démocratique et social européen (M. Guy Cabanel) : 21 et 1 rattaché = 22.

Groupe du Rassemblement pour la République (M. Josselin de Rohan) : 89, 5 apparentés et 5 rattachés = 99.

Groupe socialiste (M. Claude Estier) : 75 et 3 apparentés = 78.

Sénateurs ne figurant sur la liste d’aucun groupe : 7 (cette *Chronique*, n° 76, p. 172).

HABILITATION LÉGISLATIVE

189

– *Bibliographie*. « Le contrôle juridictionnel des ordonnances », *RFDA*, 1998, p. 924.

HAUTE COUR DE JUSTICE

– *Composition*. Le Sénat a élu, le 27-10, 12 membres titulaires, dont notre collègue Patrice Gélard (Seine-Maritime) (RPR), et 6 suppléants (p. 16316). Acte de la prestation de serment leur a été donné (cette *Chronique*, n° 83, p. 194).

IMMUNITÉS PARLEMENTAIRES

– *Autorisation*. Le bureau de l’Assemblée nationale a autorisé, le 16-12, le placement sous contrôle judiciaire de M. Max Dumoulin (Haut-Rhin), en précisant que les dispositions de l’article 26 C « ne recevraient une exacte application que si, en cas de manquement aux obligations du contrôle judiciaire, il était saisi d’une demande d’autorisation d’arrestation préalable à la délivrance d’un mandat d’arrêt ou de dépôt » (*BAN*, 50, p. 25).

M. Dumoulin a démissionné du groupe RPR (*JO* du 17-12).

– *Inviolabilité*. M. François Léotard, ancien président de l'UDF, et son ancien directeur de cabinet, M. Renaud Donnedieu de Vabres, tous deux députés, ont été mis en examen, le 19-10, par les juges Laurence Vichnievsky et Eva Joly pour infraction à la loi sur le financement des partis (*Le Monde*, 21-10). Mis en examen le 21-8 (cette *Chronique*, n° 88, p. 169), M. Alain Juppé a été entendu le 21-10 par le juge Patrick Desmure dans l'affaire du financement du RPR à l'époque où il en était le secrétaire général (*ibid.*, 22-10). La cour d'appel de Versailles a condamné M. Jean-Marie Le Pen, le 17-11, à un an d'inéligibilité (cette *Chronique*, n° 86, p. 206), à la suite d'un incident lors de la campagne des élections législatives de 1997 (*Le Monde*, 19-11). M. Hermier, député (Bouches-du-Rhône, 4^e) (C), qui était poursuivi pour diffamation par le dirigeant du Front national, a vu sa peine, ainsi que les dommages et intérêts, réduits par la cour d'appel d'Aix-en-Provence, le 24-11 (*BQ*, 25-11).

Enfin, la chambre d'accusation de la cour d'appel de Paris a annulé, le 18-11, pour violation des droits de la défense, l'ordonnance condamnant M. Charasse, sénateur (Puy-de-Dôme) (S), à une amende pour refus de témoigner (*Le Monde*, 20-11) (cette *Chronique*, n° 84, p. 203, et n° 85, p. 172) (v. *Sénat*).

IRRECEVABILITÉ FINANCIÈRE

– *Application libérale*. Après le vote de la proposition de loi instituant un médiateur des enfants et de la proposition de LO relative à son inéligibilité, le

19-11, M. Inschauspé (RPR) a rappelé que l'article 40 C s'appliquait à « toute création d'une nouvelle entité », mais, après que la ministre chargée de l'enseignement scolaire eut observé que le gouvernement n'avait pas l'intention d'opposer l'irrecevabilité, le président de la commission des finances a ajouté que celle-ci n'avait pas examiné le problème. M. Pandraud (RPR) a pris acte qu'il avait « développé une interprétation très libérale de l'article 40 » (p. 9296).

– « *Jurisprudence Berson* ». Le gouvernement ayant invoqué l'article 40 C après le dépôt de la proposition de loi tendant à limiter les licenciements et à améliorer la situation au regard de la retraite des salariés de plus de 50 ans, le bureau de la commission des finances a déclaré irrecevables 4 des 9 articles de celle-ci. Le rapporteur de la proposition, M. Maxime Gremetz (C), a protesté le 10-12 (p. 10331) en rappelant que, sous la précédente législature, « il avait été convenu entre tous les groupes politiques et le gouvernement » que celui-ci n'opposerait l'article 40 qu'à l'issue des débats lorsqu'il s'agissait de la « niche » de l'article 48, alinéa 3 C, et que cet accord avait été respecté en 1996 lors de la discussion de la proposition de M. Berson (S), dont l'objet était similaire (cette *Chronique*, n° 81, p. 187 et 82, p. 203). La ministre, M^{me} Aubry, lui répondit que la « jurisprudence Berson » avait pour seul effet d'empêcher l'examen des articles irrecevables, mais qu'elle permettait de traiter, lors de la discussion générale, les problèmes qu'ils concernaient (p. 10335).

– *Proposition de loi*. Le bureau de la commission des finances, saisi de la recevabilité du rapport sur la proposition de

loi relative au pacte civil de solidarité, a décidé, le 4-10, que l'article 40 C était opposable à certaines de ses dispositions (p. 6045).

V. *Ordre du jour.*

LIBERTÉS PUBLIQUES

– *Bibliographie.* M. Delmas-Marty, *Trois Défis pour un droit mondial*, Éd. du Seuil, 1998 ; D. Turpin, *Les Libertés publiques*, 4^e éd., Gualino éditeur, 1998 ; « La liberté dans tous ses états », *Mélanges Jacques Geogel*, Éditions Apogée, 1998 ; CSA, *La Télévision publique en Europe*, 1998 ; « La Déclaration universelle des droits de l'homme » (commentaires), *Le Monde*, 5-12 ; « La contribution française à la rédaction de la Déclaration universelle des droits de l'homme », *La Documentation française*, 1998 ; J. Fauvet, « Informatique et libertés ou 20 ans après », *Le Monde* 1^{er}-12 ; J.-F. Flauss, « Radioscopie de l'élection de la nouvelle Cour européenne des droits de l'homme », *Revue trimestrielle des droits de l'homme*, n° 35, 1998, p. 435 ; A. Graboy-Grobescio, « Vidéosurveillance et libertés », *PA*, 18-12 ; N. Lenoir, « La Déclaration sur le génome humain, avancée futuriste », *Le Monde*, 9-12 ; B. Mathieu, « La vie en droit constitutionnel comparé. Éléments de réflexions sur un droit incertain », *RIDC*, 1998, p. 1031 ; G. Vedel, « La parité vaut mieux qu'un marivaudage législatif », *Le Monde*, 8-12 ; M. Verpeaux, « La liberté », *AJDA*, 1998, p. 144 ; « Entrée et séjour des étrangers. Droit d'asile », *JO*, brochure, n° 1715, 1998 ; « Les grandes étapes de la reconnaissance des droits politiques de la femme en France depuis 1848 », *BQ*, 15-12.

– *Concl.* H. Savoie sous CE, 11-5-1998, M^{lle} Aldige (condamnation des quotas dans les armées), *RFDA*, 1998, p. 1011.

– *Note.* A. Haquet, sous CE, 27-3-1998, Département de l'Ille-et-Vilaine (financement de l'enseignement privé), *JCP*, 1998, II, 1094.

– *Atteinte à l'intimité de la vie privée et liberté d'expression.* La Cour de cassation a rejeté le pourvoi du directeur du magazine *Paris-Match*, condamné pour avoir publié une photographie du président François Mitterrand sur son lit de mort (*Libération*, 29-10) (cette *Chronique*, n° 82, p. 204).

– *Communication audiovisuelle.* Les temps d'intervention des personnalités politiques à la télévision du 1^{er}-7 au 31-10 ont été publiés dans la *Lettre du CSA* (n° 111, décembre, p. 13-14) (cette *Chronique*, n° 86, p. 207).

– *Cour européenne des droits de l'homme.* Le décret 98-1055 du 18-11 (p. 17777) porte publication du protocole n° 11 à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, fait à Strasbourg, le 11-5-1994, relatif à la restructuration du mécanisme de contrôle.

– *Déclaration universelle des droits de l'homme.* Une cérémonie officielle s'est déroulée à l'UNESCO, les 7 et 8-12 (*Le Monde*, 9/10-12). L'Assemblée nationale et le Sénat ont tenu une séance solennelle, les 8 et 9-12, en recevant respectivement M. Kofi Annan, secrétaire général des Nations unies (AN, supplément *Débats*, n° 115) et M^{me} Rigoberta Menchú, prix Nobel de la paix (S, supplément *Débats*), tant il est avéré que les

droits de l'homme sont « l'horizon moral de notre société » (R. Badinter).

– *Droit d'asile*. En 1997, 121 340 réfugiés se trouvaient sur le territoire national, selon le ministre des Affaires étrangères (AN, Q, p. 6382).

– *Droit d'être jugé dans un délai raisonnable*. Une fois de plus (cette *Chronique*, n° 88, p. 169), la France a été condamnée, le 5-10, par la CEDH pour n'avoir pas jugé dans un délai raisonnable un nationaliste basque, M. Monesca, arrêté en 1984 (*BQ*, 6-10).

– *Égalité des sexes*. La féminisation des titres progresse : un décret du 16-12 porte nomination d'une préfète (p. 19370). Les députés ont adopté, le 15-12 (p. 10495), une modification de l'article 3 C en vue de favoriser « l'égal accès des femmes et des hommes aux mandats électoraux et fonctions électives ».

– *Égalité devant la loi et l'impôt*. Le CC a réitéré sa position de principe (cette *Chronique*, n° 85, p. 173) à l'occasion de l'examen de la loi de finances de l'année et de la loi de finances rectificative (98-405 DC et 98-406 DC). Autrement dit, en établissant une imposition, le législateur « doit fonder son appréciation sur des critères objectifs et rationnels en fonction des buts qu'il se propose ». De la même façon que cette règle ne vaut que toutes choses égales par ailleurs, elle s'incline devant l'intérêt général (98-405 DC). Au nom de l'égalité, nos compatriotes corses seront désormais assujettis à l'impôt sur les successions.

Sur ce fondement, le juge a censuré l'article 15 de la loi de finances pour 1999 relatif à l'impôt de solidarité sur la

fortune en cas de démembrement de la propriété entre un nu-proprétaire et des usufruitiers. Cette contribution qui est appelée normalement à être acquittée sur les revenus de biens imposables (81-133 DC, 30-12-1981, Loi de finances pour 1982, *Rec.*, p. 41) ne peut être assise, sans méconnaître le principe de l'égalité répartition de la contribution entre citoyens (art. 13 de la Déclaration de 1789), sur un bien dont le contribuable nu-proprétaire ne tirerait aucun revenu (98-405 DC).

– *Égalité devant le suffrage*. Le Conseil d'État a rappelé, le 13-12 (arrêt Le Déant), qu'en matière de remodelage des circonscriptions électorales « le principe d'égalité des citoyens devant le suffrage s'applique à l'élection des assemblées délibérantes des collectivités locales ». Par suite, le décret du 21-2-1997, créant 4 nouveaux cantons en Meurthe-et-Moselle, a été annulé au motif qu'il augmentait de « manière notable » l'écart de population, en dehors de tout motif d'intérêt général (cette *Chronique*, n° 81, p. 189).

– *Honneurs*. Le garde des Sceaux indique la procédure au terme de laquelle un citoyen français ayant obtenu une décoration étrangère est autorisé à l'accepter et à la porter (art. R 161 du Code de la Légion d'honneur et de la Médaille militaire) (AN, Q, p. 6181).

– *Liberté de l'enseignement*. En application de la loi Astier de 1919, le Conseil d'État a reconnu, le 18-12, la légalité de la délibération du conseil régional d'Île-de-France accordant à 5 lycées techniques privés une subvention non plafonnée (*Le Monde*, 31-12).

– *Liberté d’expression*. Le TGI de Paris a débouté, le 18-11, M. Alain Delon, qui s’opposait à la publication par un journaliste du synopsis d’une biographie et de l’ouvrage qui s’ensuivrait, au nom du principe à valeur constitutionnelle de la liberté d’expression (*Le Monde*, 20-11).

– *Liberté individuelle et protection de la vie privée*. L’article 107 de la loi de finances pour 1999, qui autorise l’administration fiscale à user du fichier de la Sécurité sociale en vue de lutter contre la fraude fiscale, a été validé par le CC, le 29-12 (98-405 DC), en raison des garanties dont il est entouré et sous le bénéfice d’une interprétation constructive à laquelle il s’est livré : « Le législateur n’a pu entendre déroger aux dispositions protectrices de la liberté individuelle. » Au nom de Démocratie libérale, l’un des requérants, M. d’Aubert, député, a évoqué la possibilité d’introduire un recours devant la Cour européenne des droits de l’homme (*Le Figaro*, 31-12).

– *Principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine*. Les séquences relatives à l’état de santé de M. Chevènement diffusées dans *Les Guignols de l’info*, les 22, 27 et 28-9, sont apparues au CSA empreintes d’une forme d’humour des plus contestables au point d’être attentatoires à la dignité de la personne humaine. Le CSA est intervenu auprès de Canal + (*La Lettre du CSA*, n° 110, novembre, p. 19).

V. *Collectivités territoriales. Gouvernement. Loi de finances. Révision de la Constitution.*

LOI

– *Contrôle de conventionnalité*. La 17^e chambre du tribunal correctionnel de Paris, par un jugement du 15-12 (*Le Monde*, 18-12), a relaxé les directeurs de publication et les journalistes de journaux (*Libération*, *Le Parisien*, *France-Soir*, *Le Quotidien de Paris* et *La République des Pyrénées*) qui n’avaient pas respecté, à l’occasion des élections législatives de 1997, l’interdiction de publier des sondages électoraux (cette *Chronique*, n° 83, p. 201). Les juges ont écarté la loi du 19-7-1977 (CCF, n° 3, p. 457), au-delà de son caractère obsolète, au motif du non-respect de la liberté d’expression (art. 10 de la CEDH) et du principe de non-discrimination dans la jouissance des droits et libertés en matière de droit à l’information (art. 14). A l’invitation des cours souveraines (cette *Chronique*, n° 53, p. 175), les juges ordinaires ont donc fait prévaloir, de manière inédite, semble-t-il, l’autorité supérieure attachée aux traités sur la loi nationale (art. 55 C). En revanche, devait rappeler le Conseil d’État, le 30-10 (arrêt Sarran), à propos du référendum calédonien, « la suprématie ainsi conférée aux engagements internationaux ne s’applique pas dans l’ordre interne, aux dispositions de nature constitutionnelle ».

Au surplus, la loi du 3-7-1998 relative aux oiseaux migrateurs (cette *Chronique*, n° 88, p. 172) est menacée, à son tour, par les juges administratifs, indépendamment du recours pendant devant la Cour européenne de justice. Tour à tour, les TA de Grenoble et de Pau ont enjoint, les 22 et 23-12, les préfets d’appliquer la directive communautaire de 1979 ; bref, de prendre des arrêtés de fermeture de la chasse conformes à celle-ci (*Le Monde*, 26-12). Nouvel et bel

exemple de coopération ou d'émulation juridictionnelle (cette *Chronique*, n° 81, p. 190).

V. Sondages.

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

– « *Critères objectifs et rationnels* ». La contribution imposée aux médecins en cas de dépassement des objectifs de dépenses prévue par la loi de financement pour 1999 n'est pas contraire à la Constitution dans son principe, car il est « loisible au législateur, dans un but de régulation des dépenses médicales, de prévoir [...] l'assujettissement des médecins conventionnés à une contribution obligatoire assise sur leurs revenus professionnels » ; en revanche, il doit, « pour respecter le principe d'égalité, fonder son appréciation sur des critères objectifs et rationnels en rapport avec l'objectif de modération des dépenses médicales qu'il s'était assigné ». Or la contribution contestée étant imposée à tous les médecins conventionnés « quel qu'ait été leur comportement individuel en matière d'honoraires et de prescriptions », le législateur n'a pas fondé son appréciation sur de tels critères, et la décision 98-404 DC du 18-12 censure les articles 26 et 27 de la loi, « sans qu'il soit besoin de statuer sur les autres griefs » invoqués par les saisissants, notamment la responsabilité personnelle et la personnalité des peines. Mais la décision précise, à propos de la contribution analogue imposée aux entreprises pharmaceutiques par l'article 31, que celle-ci « ne revêt pas le caractère d'une sanction mais celui d'une imposition au sens de l'article 34 C » et qu'elle satisfait

sous ce rapport aux « critères objectifs et rationnels ».

– *Non-rétroactivité fiscale*. Aux parlementaires saisissants qui critiquaient la rétroactivité de l'article 10 modifiant l'assiette d'un impôt déjà versé par les entreprises pharmaceutiques, la décision 98-404 DC rappelle que le principe n'a valeur constitutionnelle qu'en matière répressive, mais elle ajoute que, « si le législateur a la faculté d'adopter des dispositions fiscales rétroactives, il ne peut le faire qu'en considération d'un motif d'intérêt général suffisant ». Or il s'agissait en l'espèce d'anticiper une éventuelle décision de la Cour de justice des Communautés européennes et « le souci de prévenir les conséquences financières d'une décision de justice [...] ne constituait pas un motif d'intérêt général suffisant », alors qu'il est « loisible au législateur de prendre des mesures non rétroactives de nature à remédier auxdites conséquences ». Le contrôle du motif d'intérêt général exercé à cette occasion est à rapprocher de celui du Conseil en matière de validation législative (cette *Chronique*, n° 85, p. 185).

V. Amendement. Loi organique.

LOI DE FINANCES

– *Bibliographie*. M. Bouvier, *Introduction au droit fiscal et à la théorie de l'impôt*, LGDJ, 2^e éd., 1998, avec M.-Chr. Esclassan et J.-P. Lassale, *Finances publiques*, LGDJ, 4^e éd., 1998 ; J.-B. de Montvalon, « Cet argent réservé au Parlement », *Le Monde*, 17-11.

– *Conformité de la loi de finances pour 1999*. La mansuétude dont le législateur

avait bénéficié, l'an dernier, s'agissant de la sincérité de la présentation budgétaire (cette *Chronique*, n° 85, p. 175), a porté ses fruits. Au bénéfice d'un visa significatif, le CC a écarté les griefs articulés (98-405 DC et 98-406 DC). Du bon usage du réalisme, somme toute ! La loi de finances de l'année a été promulguée (98-1266 du 30-12) (p. 20050).

– *Conformité de la loi de finances rectificative pour 1998*. Après déclaration de conformité, la loi 98-1267 du 30-12 (p. 20116) a été promulguée.

V. *Collectivités territoriales. Conseil constitutionnel. Libertés publiques.*

LOI ORGANIQUE

– *Loi de financement de la Sécurité sociale*. Les articles 28-I et 43, alinéa 2 de la loi de financement pour 1999 entrant dans le champ de la LO ont été censurés comme adoptés selon une procédure irrégulière par la décision 98-404 du 18-12.

V. *Loi de financement de la Sécurité sociale.*

MAJORITÉ

– *Scrutins*. Le groupe communiste s'est abstenu lors du scrutin sur la loi de financement de la Sécurité sociale, le 3-11 (p. 7960), à l'exception de 3 de ses membres, 2 autres votant contre. Le 6-11 (p. 8319), les 7 députés présents du groupe ont voté contre les dépenses en capital des services militaires, de même que 2 députés Verts, mais l'ensemble de la loi de finances a été approuvé par la

majorité plurielle, le 19-11 (p. 9191), à l'exception de 2 communistes, MM. Carvallo et Hage.

– *Tensions*. A la suite des critiques adressées au gouvernement par les Verts et par les communistes, notamment au sujet de la régularisation des sans-papiers, le Premier ministre a adressé un avertissement à ses alliés, devant la convention du PS, le 22-11 : « Évitions, dans la majorité, de nous critiquer nous-mêmes, de nous fixer comme objectif d'affaiblir l'autre, le voisin, offrant ainsi à l'opposition, divisée et sans projet, la ressource inespérée de quelques disputes, alors qu'en réalité nous travaillons très bien ensemble » (*Le Monde*, 24-11). Les dissensions sur le projet de réforme de l'audiovisuel public ont, d'autre part, contraint le Premier ministre à retirer de l'ordre du jour l'examen de ce texte prévu le 15, le 1^{er}-12 (*ibid.*, 4-12).

MINISTRES

– *Condition*. Le décret du 30-12 (p. 20175) met fin à l'intérim du ministère de l'Intérieur exercé par le secrétaire d'État à l'outre-mer (cette *Chronique*, n° 88, p. 173). Toutefois, les attributions de ce dernier s'étendent dorénavant, en application du décret 98-1270 du 30-12 (p. 20174) « aux affaires que le ministre de l'Intérieur lui confie ». M. Jean-Pierre Chevènement a repris ses activités, le 4-1, en accueillant ses collègues du gouvernement pour un petit déjeuner, avant qu'ils ne présentent leurs vœux au chef de l'État, selon le rite républicain (*Le Monde*, 4-1). V. au JO la fin de l'étrange voyage du « miraculé de la République » (*ibid.*, 1^{er}-1).

– *Relaxe*. M. Gérard Longuet, ancien ministre du gouvernement Balladur qui avait démissionné après une mise en examen, en 1994 (cette *Chronique*, n° 73, p. 205), a été relaxé par la cour d'appel de Paris, le 27-11 (*Le Monde*, 29/30-11).

V. *Cour de justice de la République. Gouvernement. Majorité. Premier ministre. République*.

OPPOSITION

196 – *Bibliographie*. G. Ivaldi, « La droite dans la tourmente », La Documentation française, *Regards sur l'actualité*, n° 246, 1998, p. 23.

ORDRE DU JOUR

– *Article 48, alinéa 3 C*. L'examen de la proposition de LO modifiant l'ordonnance du 2-1-1959 en vue d'interdire la rétroactivité en matière fiscale, inscrite à la « niche » du RPR, le vendredi 20-11, s'est déroulé en l'absence des députés socialistes, le vote au scrutin public en étant reporté au 25, par décision de la conférence des présidents (p. 9386). La proposition fut rejetée par 290 voix contre 231 (p. 9534).

Inscrite à la « niche » réservée au groupe communiste, le 10-12, la proposition tendant à limiter les licenciements a été amputée de 4 de ses 9 articles, déclarés irrecevables en vertu de l'article 40 C (v. *Irrecevabilité financière*) ; un autre ayant été rejeté par la commission des affaires sociales, c'est finalement un texte réduit à 3 articles qui fut adopté (p. 10348). Cette mésaventure confirme la « conciliation difficile » de l'article 40 C et de l'article 48, alinéa 3 C (cette *Chronique*, n° 82, p. 203).

– *Retrait de l'ordre du jour. V. Majorité*.

– *Surmenage*. « En ce moment, on ne travaille pas bien », a reconnu le président Fabius, sur France 2, le 19-11. Faisant écho aux récriminations des députés devant la surcharge de l'ordre du jour, il a estimé impératif de s'en tenir à l'emploi du temps prévu depuis l'instauration de la session unique, c'est-à-dire que l'Assemblée siège trois jours par semaine, « y compris dans la soirée », a-t-il ajouté (*Le Monde*, 20-11).

– *Suspension*. Les assemblées ont suspendu leurs travaux du 23-12 au 19-1-1999, le Congrès du Parlement étant convoqué le 18-1 pour approuver le projet de LC modifiant les articles 88-2 et 88-4.

PARLEMENT

– *Bibliographie*. J.-B. de Montvalon, « Cet argent réservé au Parlement », *Le Monde*, 17-11.

– *Président d'assemblée*. Le président Poncelet a représenté le chef de l'État à Osnabrück (Allemagne), le 24-10, à l'occasion de la commémoration du 350^e anniversaire du traité de Westphalie (*Le Monde*, 25/26-10).

V. *Assemblée nationale. Révision de la Constitution. Sénat*.

PARLEMENTAIRES EN MISSION

– *Nominations*. Deux élus insulaires ont été chargés d'une mission auprès du secrétaire d'État à l'Outre-mer par décrets du 10-12 (p. 19145) :

MM. Tamaya, député (Réunion, 1^{re}) (S), et Lise, sénateur (Martinique) (app. S). Une députée, M^{me} Genisson (Pas-de-Calais, 2^e) (S) l'a été chez la ministre de l'Emploi et la secrétaire d'État aux Droits des femmes et à la Formation professionnelle (décret du 21-12, p. 19366) (cette *Chronique*, n° 88, p. 174). En revanche, la mission confiée par le Premier ministre à M^{me} Bredin, députée (Seine-Maritime, 9^e) (S), dans le domaine de l'audiovisuel public, le 19-11, n'a pas été formalisée à ce jour (*BQ*, 20-11).

PARTIS POLITIQUES

– « *Mission de service public* ». Selon M. Philippe Séguin, président du RPR, construire une grande formation politique moderne est « un devoir constitutionnel, puisqu'il nous revient, en vertu de la charte fondamentale de notre République, de concourir à l'expression du suffrage. Ce devoir est d'autant plus pressant que nous sommes désormais financés pour l'essentiel sur fonds publics et qu'à ce titre nous avons, en contrepartie, une véritable mission de service public à accomplir » (*Le Monde*, 27-10).

POUVOIR RÉGLEMENTAIRE

– *Bibliographie*. B. Faure, « La crise du pouvoir réglementaire : entre ordre juridique et pluralisme », *AJDA*, 1998, p. 547.

V. Sénat.

PREMIER MINISTRE

– *Attitude*. A chaque Premier ministre la sienne, a expliqué en substance M. Jos-

pin aux députés, le 2-12 : « Face à des problèmes, il y a deux façons d'agir, il y a celui qui dit : "Je suis droit dans mes bottes" et il y a celui qui préfère ajuster, reprendre et dire : "Je suis souple dans mes baskets" » (p. 9895). De nombreux membres de l'opposition devaient quitter l'hémicycle en protestant avec véhémence (p. 9895).

– *Autoportrait*. Sur France 2, le 8-10, le Premier ministre s'est dépeint en ces termes : « Je suis calme mais je ne suis pas passif, et je ne suis pas tranquille parce que les problèmes sont là. J'ai des convictions, mais je ne suis pas du tout animé par l'esprit de certitude. Il faut bien que, dans la responsabilité qui est la mienne, j'aie un minimum de tranquillité [...] On a la chance d'avoir un pouvoir politiquement stable. Eh bien, il faut raisonnablement s'en réjouir » (*Le Monde*, 10-10).

– *Du concept de gauche*. M. Jospin a déclaré, toujours à France 2, le 8-10 : « Je suis attaché à la réforme, je veux être toujours représentatif du parti du mouvement, mais je veux que ce mouvement soit fait dans l'ordre. Nous avons besoin de règles, de normes, de repères » (*Le Monde*, 10-10).

– « *Ma fonction, c'est de gouverner* ». Pour le Premier ministre, interrogé à France 2, le 8-10 : « Il faut avoir une vision pour son propre pays, mais il faut fondamentalement vivre la politique au temps présent. Ma fonction, c'est de gouverner. C'est le mandat qui m'a été confié. [...] Je ne suis pas candidat à la présidence de la République. Pourquoi ? Parce qu'il y a un président de la République » (*Le Monde*, 10-10).

– « *Mandat de législature* ». Dans son discours devant la convention du PS, le 22-11, M. Jospin a affirmé : « Nous avons passé avec le peuple français un pacte de réformes. Ce pacte est respecté. [...] Nous avons un mandat de législature. Ni le temps qui passe, ni les difficultés que – naturellement – nous rencontrerons, ni les résistances [...] que rencontre notre action n'entameront notre détermination » (*Le Monde*, 24-11).

– *Services*. Le décret 98-890 du 7-10 a créé une mission interministérielle de lutte contre les sectes (p. 15286).

– *Sur la cohabitation*. « Les relations avec le président de la République se passent bien », a observé M. Jospin à France 2, le 8-10. « Les Français sont d'ailleurs assez contents de la cohabitation. Je participe de leur contentement, parce que vous ne m'entendez jamais critiquer le président de la République. Si [celui-ci] émet des critiques, c'est sa responsabilité. Mais, alors, c'est à lui qu'il faut demander pourquoi il le fait » (*Le Monde*, 10-10).

Il précisera ultérieurement, le 15-12, sur Europe 1 : « Ce qui m'intéresse, ce n'est pas la relation entre le président de la République et le Premier ministre, parce qu'elle est codifiée. Il est normal que le président de la République ait un rôle éminent dans la vie politique française. Cela ne m'avait jamais personnellement échappé. Ce qui m'intéresse, c'est la relation entre le gouvernement et les Français » (*Le Monde*, 17-12).

– *Sur le quinquennat*. A Europe 1, le 15-12, le Premier ministre est demeuré fidèle au candidat à l'élection présidentielle de 1995 : « Je reste, naturellement, philosophiquement et politiquement pour. Mais

je ne veux pas aborder cette question là où je suis maintenant parce qu'on pourrait me prêter des arrière-pensées politiques. Je n'en ai aucune. Que chacun fasse son travail. Le gouvernement essaie de faire le sien, et puis le reste viendra à son heure » (*Le Monde*, 16-12).

V. *Conseil constitutionnel. Dyarchie. Gouvernement. République.*

PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE

– *Bibliographie*. V. Dussart, « En finir avec le budget fictif de l'Élysée », *Le Monde*, 27-10 ; P. Jarreau, « Jacques Chirac invisible », *ibid.*, 15/16-11 ; J. Picq, « Plaidoyer pour le septennat », 17-12 ; R. Donnedieu de Vabres, « Pour le quinquennat », *Le Figaro*, 21-12 ; J. Massot, sur le quinquennat, entretien au *Monde*, 20-10.

– *Chantier*. Le décret 98-1191 du 23-12 (p. 19586) a créé l'établissement public du musée du quai Branly, conformément au souhait exprimé par le président Chirac (cette *Chronique*, n° 86, p. 212).

– *Collaborateurs*. M. Dana a été nommé conseiller technique (arrêté du 1^{er}-10, p. 14991), dans le même temps où M. Desagneaux remplaçait M. Peyrat en qualité de chargé de mission (arrêté du 26-10, p. 16271). Le lieutenant-colonel de gendarmerie Roux a succédé à M. Gutknecht à la tête du groupe de sécurité de la présidence (arrêté du 30-12, p. 143) (cette *Chronique*, n° 88, p. 176).

– *Conjointe*. Dans un entretien accordé au *Figaro-Magazine*, le 24-10, M^{me} Chirac s'est déclarée hostile à la proposition de loi relative au PACS. A propos de la

cohabitation, elle a estimé : « Je l'observe [...] et je constate que, pour le moment, les Français semblent s'en accommoder. Je dis bien : "pour le moment". »

– *Mise en cause.* Dans une question au gouvernement sur la réforme de la justice, le 2-12, M. Vallini (S), ayant estimé « nécessaire que le président de la République se décide à être enfin clair dans sa volonté et cohérent dans sa démarche », le garde des Sceaux lui a répondu qu'elle avait « effectivement souhaité que le président de la République clarifie sa position » (p. 9890). Ces propos provoquèrent les protestations de l'opposition, M. Muselier (RPR) rappelant la tradition républicaine qui interdit de mettre en cause le président de la République (p. 9893), mais le Premier ministre répondit qu'il avait entendu naguère « des mises en cause d'un autre président de la République autrement plus violentes et même scandaleuses » (p. 9894).

– *Refus de convocation du Congrès du Parlement* (art. 89C). Usant de son pouvoir discrétionnaire, tel Georges Pompidou en 1973, le président Chirac a décidé de surseoir à la ratification de la révision relative au CSM, à l'issue du vote des assemblées, en novembre.

– *Vœux.* A l'occasion de sa traditionnelle allocution de fin d'année, le 31-12, le président de la République a déclaré : « Préparer l'avenir, c'est le premier devoir de tout responsable. [...] L'Europe est déjà une longue histoire. Elle est encore un long chemin. De plus en plus, elle sera notre quotidien. La création de l'euro ouvre une ère nouvelle. [...] Des responsables publics, [...] vous attendez aussi qu'ils fassent respecter la loi. [...] La sécurité est la première des libertés » (*Le*

Monde, 2-1). Sur France 2, toutefois, un humoriste... avait précédé le chef de l'État (*Le Monde*, 2-1).

V. *Assemblée nationale. Conseil constitutionnel. Dyarchie. République. Révision de la Constitution. Séance.*

QUESTION PRÉALABLE

– *Temps de parole.* Estimant l'Assemblée « éclairée », le président Fabius a invité M. Jean-Claude Lenoir à conclure son intervention sur la question préalable qu'il défendait au nom du groupe Démocratie libérale et Indépendants contre la proposition de PACS, le 7-11. Devant les protestations, il a invoqué des précédents de 1986 et de 1995 avant de retirer la parole à M. Lenoir. A l'issue de la séance, M. Philippe Séguin, dont la présidence avait été mise en cause, a demandé la parole pour un fait personnel (p. 8347).

– *Sénat.* La question préalable a été adoptée en première lecture du projet de loi relatif au mode d'élection des conseillers régionaux, le 21-10 (*BIRS*, 704). La même procédure a été appliquée, pour accélérer les débats cette fois, en nouvelle lecture de la loi de finances, le 18-12, et de la loi de finances rectificative, le 22-12 (*ibid.*, 712).

V. *Commissions d'enquête.*

QUESTIONS ÉCRITES

– *Bilan.* Un état des lieux au 12-10 est dressé (AN, Q, p. 5609) (cette *Chronique*, n° 88, p. 177).

V. *Assemblée nationale.*

RAPPEL AU RÈGLEMENT

– *Interpellation*. M. Jacques Godfrain (RPR) a mis en cause, le 6-11, les propos tenus la veille à Craonne par le Premier ministre au sujet des « fusillés pour l'exemple » de la Première Guerre mondiale et a demandé qu'il vienne s'expliquer devant l'Assemblée. Le ministre de la Défense, M. Alain Richard, lui a répondu que la procédure d'interpellation était interdite et qu'il s'agissait d'un « détournement de procédure » (p. 8289).

200 RÉFÉRENDUM

– *Bibliographie*. R. Ferretti, « Le référendum sous la V^e République ou l'ambivalence d'une institution », *PA*, 13-11.

– *Consultation des populations de la Nouvelle-Calédonie*. Conformément à l'article 76 C nouveau (« Constitution insulaire »), l'accord de Nouméa, signé le 5-5 précédent, a été approuvé, le 8-11, par 72 % des électeurs (décision de la commission de contrôle du 9-11, p. 16956). Le « référendum-couperet » annoncé une décennie plus tôt (cette *Chronique*, n° 49, p. 215) a été écarté au profit d'une lente évolution. Au préalable, le Conseil d'État, par un arrêt Saran en date du 30-10, avait reconnu la validité du décret 98-733 du 20-8 portant organisation de la consultation (cette *Chronique*, n° 88, p. 177).

V. *Conseil constitutionnel. Loi*.

RÉPUBLIQUE

– *Bibliographie*. B. François, *Le Régime politique de la V^e République*, La Décou-

verte, 1998 ; J. Georgel, *Marianne et ses amants*, Éditions Apogée, 1998 ; N. Rouland, « Les politiques juridiques de la France dans le domaine linguistique », *RFDC*, 1998, p. 517 ; Th. Bréhier, « La V^e République menacée par la cohabitation », *Le Monde*, 1^{er}-1.

– *Convenances républicaines*. A propos de la mise en examen des membres du gouvernement (cette *Chronique*, n° 75, p. 182), « il n'appartient pas au Premier ministre de commenter les engagements ou les directives que le président de la République avait adressés au précédent gouvernement », observe M. Jospin en réponse à une question écrite (AN, Q, p. 5533).

V. *Dyarchie*.

RÉSOLUTION

– *Bibliographie*. H. Nallet, *L'Article 88-4 C : un bilan pour une réforme*, AN, rapport d'information, n° 1189, 1998 ; B. Rullier, chr. *RFDC*, 1998, p. 645.

V. *Droit communautaire. Parlement. Révision de la Constitution*.

RÉVISION DE LA CONSTITUTION

– *Erratum*. Le garde des Sceaux procède, bien entendu, au *scellement* de la loi constitutionnelle (cette *Chronique*, n° 88, p. 178).

– *Procédure*. La réforme relative au Conseil supérieur de la magistrature a été adoptée, en deuxième lecture, par les députés, et les sénateurs, les 6-10 et 18-

11 (p. 5992 et 4572). Cependant, le chef de l'État a décidé de ne pas convoquer sur-le-champ le Congrès du Parlement dans l'attente du vote global de la réforme de la justice.

En revanche, l'Assemblée nationale et le Sénat ont voté, en première lecture, les 1^{er} et 17-12 (p. 9760 et 6556), le projet de révision des articles 88-2 et 88-4 C, à la suite de la décision de contrariété du Conseil constitutionnel relative au traité d'Amsterdam (cette *Chronique*, n° 85, p. 169). Le Congrès a été convoqué pour le 18-1-1999 (décret du 30-12, p. 20049).

V. *Constitution. Dyarchie. Libertés publiques. Président de la République.*

SÉANCE

– *Clôture de la discussion.* A la demande de M. Hascoët (RCV), la clôture de la discussion sur l'article 1^{er} de la proposition de loi relative au pacte civil de solidarité a été décidée par l'Assemblée, le 8-11 (p. 8455) ; pour la précédente application de l'article 57 RAN, v. cette *Chronique*, n° 85, p. 183.

– *Incidents.* Au cours de la discussion de l'exception d'irrecevabilité défendue par M^{me} Christine Boutin (DLI) à l'encontre de la proposition relative au PACS, le président de séance, M. Arthur Paecht (UDF), a été violemment pris à partie. Il a été remplacé par le président Fabius, qui a ensuite réuni la conférence des présidents (p. 7989). Ces incidents ont été évoqués par le bureau, le 10-11, où des regrets ont été exprimés, le président Fabius rappelant que « la présidence de séance ne doit ni ne peut être prise à partie » (p. 8710). L'incident devait rebondir, le 2-12, lorsque le Premier ministre

évoqua « le choix de l'opposition de confier l'exposé de sa vision de ce problème de société à une députée marginale sur ces questions et outrancière dans ses propos ». M^{me} Boutin se dirigeant vers le Premier ministre avec indignation, les huissiers se sont interposés (p. 9894).

V. *Exception d'irrecevabilité.*

SÉNAT

– *Bibliographie.* Sénat, « La séance publique et l'activité du Sénat, statistiques, année parlementaire 1997-1998 », 1998 ; « Contrôle de l'application des lois », *BIRS*, 706, p. 21.

– *Administration.* Le bureau a nommé, le 15-12, M^{me} Tulard directrice du service des collectivités territoriales, en remplacement de M. Méar, nommé directeur de cabinet du président Poncelet (*BIRS*, 712, p. 56).

– *Bureau.* Au lendemain de son renouvellement triennal (cette *Chronique*, n° 88, p. 167), M. Christian Poncelet (Vosges) (RPR), président de la commission des finances, a été élu, le 1^{er}-10 (p. 3753), président de la Haute Assemblée au troisième tour de scrutin à la majorité absolue des suffrages exprimés, par 189 voix contre 93 à M. Estier (Paris) (S). Dès le premier tour, il avait devancé, avec 118 voix, le président sortant, M. Monory (Vienne) (UC), lequel n'en recueillait que 102, M. Estier (S) et M^{me} Luc (Val-de-Marne) (C), 72 et 17 suffrages (p. 3752). Au deuxième tour, après retrait de M. Monory, M. Poncelet avait obtenu 125 voix, M. Hoeffel (Bas-Rhin) (UC), 109, et

M. Estier, 83 (p. 3752) (cette *Chronique*, n° 77, p. 266).

M. Poncelet, 70 ans, président du conseil général des Vosges, maire de Remiremont, ancien ministre, devient ainsi le quatrième président du Sénat de la V^e République (*ibid.*, n° 64, p. 218) et le premier appartenant au groupe gaulliste. De manière inédite, depuis 1875, le président en exercice n'a pas été reconduit par sa propre majorité. V. J.-B. de Montvalon, « René Monory rattrapé par son âge », *Le Monde*, 3-10.

Le 6-10, le Sénat a procédé à l'élection des vice-présidents : MM. Faure (Isère) (UC), Gérard Larché (Yvelines) (RPR), Girod (Aisne) (RDSE), Valade (Gironde) (RPR), Allouche (Nord) (S) et Gaudin (Bouches-du-Rhône) (RI) (p. 3771). Ont été élus questeurs : MM. Mathieu (Rhône) (RI), Huriet (Meurthe-et-Moselle) (UC) et Autain (Loire-Atlantique) (S) (p. 3771).

Quant aux 12 secrétaires, dont M^{me} Dieulangard (Loire-Atlantique) (S), ils ont été nommés après ratification de la liste établie par les présidents des groupes au *pro rata* de leur effectif. Les sénateurs non inscrits, représentés à ce jour par M. Adnot (Aube), n'y figurent plus (p. 3772).

Au cours de sa réunion du 24-11, le bureau a décidé la création de deux délégations en son sein, l'une chargée de l'audiovisuel qui étudiera la mise en place d'une chaîne parlementaire, l'autre chargée des « grands événements » concernant l'entrée dans le troisième millénaire (*BIRS*, 709).

– *Cabinet du président*. M. Alain Méar, directeur du service des collectivités locales (cette *Chronique*, n° 85, p. 184), a été nommé directeur de cabinet du président Poncelet (*BIRS*, 705, p. 2-11).

– *Composition*. M. Pagès (Seine-Maritime) (C) a démissionné de son mandat, le 2-10 (p. 15041). En application de l'article LO 320 du Code électoral, le suivant de liste, M. Foucaud, a été appelé à le remplacer (p. 15105).

– *Délégation chargée du statut du sénateur*. Le bureau a reconstitué la délégation chargée d'instruire les dossiers de déclaration d'incompatibilité, le 27-10. Elle sera chargée également d'instruire les éventuelles demandes de levée d'immunité (*BIRS*, 705, p. 34).

– *Honorariat*. Le bureau, réuni le 15-12, a conféré cette distinction au titre de vice-président et de questeur respectivement à MM. Dreyfus-Schmidt (Belfort) (S) et Neuwirth (Loire) (RPR). Il a, par ailleurs, fixé à 9 ans dans ces fonctions la règle d'ancienneté en vue de l'obtention de l'honorariat (*BIRS*, 712, p. 56).

– « *Préserver sa spécificité institutionnelle* ». Lors de son allocution inaugurale, le 7-10, le président Poncelet a estimé que « le Sénat doit préserver sa spécificité institutionnelle, faire preuve du sens des responsabilités et résister à la tentation, selon les périodes, du *toujours non* ou du *toujours oui* au gouvernement ». Et de se référer à Jules Ferry, son illustre prédécesseur dans son département et au « plateau » qui affirmait : « Le Sénat ne saurait jamais être un instrument de discorde ni un organe rétrograde. Il n'est point l'ennemi des nouveautés généreuses ni des initiatives hardies. Il demande seulement qu'on les étudie mieux. » La Haute Assemblée doit être par ailleurs un « gardien vigilant » de la décentralisation (p. 3786).

Le nouveau président a émis aussi

l'idée, d'une part, de la création d'une antenne permanente à Bruxelles qui serait rattachée à la délégation pour l'Union européenne et, d'autre part, d'une association des Sénats des pays de cette dernière (*ibid.*).

V. *Commissions. Contentieux électoral. Groupes. Immunités parlementaires. Parlement. Parlementaires en mission.*

SONDAGES

– *La loi inappliquée.* La 17^e chambre du tribunal correctionnel de Paris a prononcé, le 15-12, la relaxe des poursuites engagées au lendemain des élections générales de 1997 par la commission des sondages en vertu de l'article 11 de la loi du 19-7-1977, qui interdit la publication des résultats d'enquêtes sur les intentions de vote durant la semaine précédant le scrutin (cette *Chronique*, n° 83, p. 201) ; le tribunal a jugé cette disposition légale contraire à la Convention européenne des droits de l'homme, ajoutant que les moyens actuels de communication rendent l'interdiction inopérante et que celle-ci crée « une discrimination entre les citoyens au regard du droit à l'information » (*Le Monde*, 18-12).

V. *Loi.*

TRANSPARENCE

– *Rapport de la CCFP.* Le 4^e rapport d'activité de la Commission nationale des comptes de campagne et des financements politiques (brochure *JO*, n° 4369) souligne que la substitution de l'aide de l'État à celle des personnes morales opérée par la loi du 19-1-1995

(cette *Chronique*, n° 74, p. 198) a entraîné un déplacement de son contrôle : antérieurement axé sur le respect du plafond, et donc la sous-évaluation des dépenses, le contrôle s'est étendu aux dépenses remboursables par l'État que « les candidats ont tendance à gonfler ». La CCFP suggère, d'autre part, de fixer un pourcentage minimum aux suffrages retenus pour le calcul de la 2^e fraction de l'aide publique aux partis, rejoignant ainsi les observations du CC sur les élections de 1997 (*JO* du 12-6, p. 8927).

VOTE BLOQUÉ

– *Assemblée nationale.* De manière classique, le scrutin unique a été appliqué, le 20-10, à l'adoption de la 1^{re} partie de la loi de finances pour 1999, sur une seconde délibération et sur l'ensemble (p. 7025), puis à nouveau, le 17-11, sur une seconde délibération et sur l'ensemble de la loi de finances (p. 9147), le vote par scrutin public étant reporté au 18, et enfin sur la 1^{re} partie en nouvelle lecture, le 16-12 (p. 10725). L'article 44-3 C a été également appliqué, le 30-10 (p. 7795), sur une seconde délibération de certaines dispositions de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999, le vote sur l'ensemble ayant lieu par scrutin public, le 3-11. Il l'a été enfin, le 1^{er}-12, sur un amendement à la proposition de loi relative au PACS à l'exclusion de 6 sous-amendements (p. 9877).

VOTE PERSONNEL

– *Contestations.* Le scrutin public sur les amendements de suppression de l'article 1^{er} de la proposition relative au

PACS, le 8-11 (p. 8497), a provoqué les protestations de l'opposition : « Il y a environ 100 députés de la gauche plu-

rielle en séance alors qu'il y a eu 251 voix contre, en comptant les délégations », a constaté M. d'Aubert (DLI).

SUMMARIES

PIERRE JOUANNET

Ethical principles, Medical Power and the Physician's Responsibility

205

Over the last thirty years medicine has changed probably more than during the previous centuries. The evolution of values and knowledge is inevitable, however the pace of change being different, it may have a destabilizing effect. It therefore becomes necessary to find a new balance between the powers and the responsibility of the people involved, while respecting the basic ethical principles of the profession as well as the rights of individuals. New forms of organization of medical practice should be invented in order to develop such an ethics of action.

CLAUDE EVIN

The Rights of the Patients

Two obstacles stand in the way of acknowledging the rights of the patients. On the one hand, these rights are guaranteed in several texts of a different nature ; on the other hand they challenge a certain medical paternalism which is far from having disappeared. However, such rights belong to basic human rights that contribute to preserving the dignity of the person : the right to agree to certain treatments, the right to be informed of one's health, and the right to be treated with respect and dignity. To these individual rights must be added a number of guarantees that the patient should expect from the health system : access to the treatments required by one's state of health and assurance about the quality of these treatments.

CHRISTINE MAUGÜÉ

The Physicians' Legal Responsibility

The notion of a legal responsibility of the physicians in their professional activity is rapidly being acknowledged. Two aspects of this responsibility are considered here : civil responsibility, which has witnessed major jurisprudential evolutions, and criminal responsibility which tends to be increasingly acknowledged for physicians as for many other professionals. This, however, should not mask the emergence of new mechanisms to repair damages caused by medical treatments as well as the recognition of the physicians's financial responsibility.

PATRICK HASSENTEUFEL

A Declining Medical Power ?

206 **A European perspective : France, Germany, Great Britain**

A comparative approach of various European countries leads to speak of the erosion of medical power rather than of its decline. Such an erosion is evident in the field of professional power, given the increasing regulation of medical practice through the intervention of outside actors, motivated by economic criteria. It is also due to a certain loss of the physicians' power to influence public policy-making.

FRANÇOIS STASSE

The Actors of National Health Policy

The national health system represents 10 % of the national wealth and more than one million and a half jobs. Its actors are numerous and they belong mainly to the world of politics, the professions and the media. The complex nexus of skills and zones of influence makes any rationalization of the system extremely difficult.

JEAN DE KERVASDOUÉ

Medical Progress and Health Policy : Should Health Care Spending be Limited ?

The vast majority of economists dealing with health care claim it is absolutely necessary to cut the health care budget. This is a paradoxical position since, by their very nature, these expenses are noble, and this sector contributes added value of the economy. The article tries to demonstrate that a possible privatization of the financing of health care would not reduce but rather increase the costs and would, in addition, exclude more people and increase the employers' labor costs. The reason why health spending should be controlled is not the fact that it is

financed by public money, but because the efficiency of its various components is unknown. However, France is not well prepared to deal with such a question for it has not found a common ground with the medical profession.

JÉRÔME CAHUZAC

The Power of the Pharmaceutical Industry

In theory, the pharmaceutical industry depends on the physicians since they alone may prescribe medicines, and on the state which alone is authorized to agree to the marketing of a product and to fix its price if it is refundable by the health insurance system. However, over the last twenty years it has become obvious that, *volens nolens*, physicians are under a very strong influence from the industry. On the other hand the state has failed to control pharmaceutical expenses and help the formation of pharmaceutical groups at the national level, because of its lack of a clear and firm position until recently, with the exception of a few breve periods of time.

207

MARC BRÉMOND

The Physicians' Professional Associations and Health Care Coverage

For more than a century, the physicians' professional associations have proven incapable of playing a role in the regulation of the profession because they have failed to deal with the tensions present in the profession. They have limited themselves to upholding a traditional vision of an individual-centered, non-administered health care and, therefore, envisage health care regulation only through fees. Today the necessary control of social contributions represents an unavoidable constraint calling for a new form of health care. In order to progress in that direction public, authorities will have to abandon the notion of "medical control" which represents a clear ideological trap set up by professional associations.

BERNARD GLORION

Which Powers for the Order of Physicians ?

Following several projects elaborated since 1845, the Order of Physicians was created in 1945. Its means and function are established by law. Formed of physicians chosen by their peers, the Order fulfills an administrative role, and deontological and disciplinarian responsibilities that have grown in diversity following the transformation of society and

health care. Currently, the efficiency and multiplicity of therapies demanding a strict control of the quality of treatments as well as the economic problems raised by health care costs are at the center of the profession's concerns. Acting as a conciliator between the physicians and the public authorities, the Order could, through an updating of its functions and its means, contribute to facing these challenges.

CHRONICLES

JEAN-LOUIS GUIGOU
The Recomposition of Territories

208

BERNARD CUBERTAFOND
The Opposition in Morocco

Letter from Spain
PERE VILANOVA
Governmental Stability and Territorial Complexity

PIERRE ASTIÉ AND DOMINIQUE BREILLAT
Foreign Notes (November 1st-December 31, 1998)

PIERRE AVRIL AND JEAN GICQUEL
French Constitutional Chronicle (October 1st-December 31, 1998)

© « POUVOIRS », AVRIL 1999.

ISSN : 0152-0768

ISBN : 2-02-037228-2

CPPAP 59-303

RÉALISATION : CURSIVES À PARIS.

IMPRESSION : NORMANDIE ROTO IMPRESSION S.A. À LONRAI.

DÉPÔT LÉGAL : AVRIL 1999. N° 37228 (99-0536)