Zeitschrift: La Croix-Rouge suisse
Herausgeber: La Croix-Rouge suisse
Band: 78 (1969)
Heft: 8

Artikel: L'état moderne et la Croix-Rouge
Autor: Dorolle, Pierre
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-684156

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 02.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

L'Etat moderne et la Croix-Rouge

Il y a un peu plus d'un an, soit du 11 au 13 septembre 1968, l'Institut Henry-Dunant inaugurait ses activités par un colloque sur l'Etat moderne et la Croix-Rouge.*
Réunis dans l'imposante salle du Conseil de l'Organisation mondiale de la Santé, sous la présidence de Léopold Boissier, les représentants de dix-neuf Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et ceux de quatorze autres organisations, se sont interrogés sur les rapports de l'Etat et de la Croix-Rouge.
Ni l'Etat, en effet, ni la Croix-Rouge ne sont plus ce qu'ils étaient au moment où les pionniers de l'œuvre — redingotes et crinolines — décidaient de sa vocation sous l'œil attendri de quelques souveraines bien pensantes.
Un libre échange d'idées devait permettre de mesurer la distance parcourue et de faire le point.
Quatre spécialistes éminents furent appelés à ouvrir les débats.
Le Général d'Armée André Beaufre et Mme le Professeur Denise Bindschedler-Robert ont parlé, en militaire et en juriste, de l'Etat et du développement du droit international.
Ne convenait-il pas de rechercher en commun quelle doit être la position de la Croix-Rouge dans le renouveau du droit de la guerre et dans le renforcement des moyens pacifiques de règlement des conflits?
Le Chanoine Burgess Carr, Secrétaire adjoint pour l'Afrique au Conseil Oecuménique, a aiguillé la discussion sur les Etats venus à l'indépendance après la décolonisation.
La Croix-Rouge doit y prendre racine et agir là dans des conditions nouvelles et difficiles qui méritaient bien que l'on s'y arrêtât.
Dans l'exposé que nous nous plaisons à reproduire ci-dessous, le Dr Pierre Dorolle, directeur adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé, a traité de la protection de la santé de l'homme. Il importait en effet de préciser quel est, dans ce domaine, le champ d'action encore ouvert à l'initiative privée.

* *Voir Revue «La Croix-Rouge suisse» No 8/68.*

L'Etat et l'action sanitaire*

Dr Pierre Dorolle, vice-directeur de l'Organisation mondiale de la Santé

J'ai été très flatté d'être invité à présenter l'introduction de ce sujet extrêmement important, mais je l'ai préparée avec une grande appréhension, qui ne s'est pas atténuée.
Ce sujet d'une étendue considérable: L'Etat moderne et la protection de la santé publique pourrait être — il l'est d'ailleurs dans bien des écoles de santé publique — le sujet d'un cours complet d'administration de la santé publique et pour exposer convenablement ce que l'on attend de moi aujourd'hui, il faudrait certainement une dizaine de leçons faites par des spécialistes connaissant à fond chacun des systèmes extrêmement variés, extrêmement complexes et mouvants qui caractérisent la position des Etats vis-à-vis de l'action de santé. Je crois d'ailleurs que le sujet qui m'a été donné doit se comprendre dans le sens très large de: «L'Etat et l'action sanitaire».
Je vous ai dit, déjà, la complexité des systèmes est extrême; en outre, et les juristes présents m'en excuseront, par action de l'Etat, je n'entendrai pas seulement l'action du pouvoir central mais, la position des autorités publiques vis-à-vis de l'action sanitaire. Pour certains pays, c'est une affaire de pouvoir central; pour les pays fédéraux, c'est une affaire des Etats fédérés; dans les pays à structure régionale, ce sont des responsabilités d'autorités régionales, municipales; donc, le sujet que nous allons essayer de traiter sera: les autorités publiques et l'action sanitaire.
Trouver un fil conducteur dans la complexité des systèmes existants est pratiquement impossible. Et, au risque de paraître pédant, je crois qu'il est impossible de saisir le sens des systèmes actuels si on n'en fait pas un peu l'historique.
Je ne vous ennuierai pas avec l'attitude des autorités publiques

* Texte intégral de l'exposé présenté dans le cadre du colloque tenu à l'Institut Henry-Dunant, Genève, les 11, 12 et 13 septembre 1968.

dans l'antiquité, encore que ce soit fort intéressant. Les juristes qui sont là savent que Justinien n'est pas responsable seulement du Digeste, mais qu'il a probablement été le premier à exercer une action étatique dans le domaine de la santé: la puissance publique a imposé la création d'hôpitaux confiés à des autorités locales qui étaient, à ce moment-là, les évêques.

Mais, pour passer à des époques plus récentes, on peut dire qu'au Moyen Age, la notion principale était la charité, cette charité qui amenait les rois et les princes à créer des institutions hospitalières dont l'Hospice de Beaune est un admirable exemple. Mais, déjà à ce moment-là, on voyait la puissance publique intervenir directement. Je crois qu'on trouve le premier exemple européen de cette action directe de la puissance publique dans la création, en 1240, à Fribourg, de l'hôpital bourgeois. Dès cette époque, l'autorité publique s'inquiétait des problèmes des contagieux, surtout des lépreux. Certes, les âmes charitables s'en occupaient, mais en général, les autorités étatiques, exerçaient une action défensive contre eux en les internant.

Jusqu'à la Réforme, l'évolution s'est faite dans ce sens-là, avec un glissement progressif vers une intervention croissante de l'Etat. En 1349, une ordonnance anglaise donne aux municipalités la responsabilité des soins aux pauvres, préparant, la «Poor Law» qui devait suivre. La Réforme accélère le mouvement d'action publique par la saisie des biens ecclésiastiques et par la laïcisation de l'action sanitaire qui, encore à ce moment-là, je vous le répète, était surtout une action hospitalière. La Diète de Spire, en 1529, a laïcisé les hôpitaux. Calvin, ici même, aurait, me dit-on, opéré une sorte de nationalisation de l'action hospitalière. Il s'agit sans doute de l'institution de l'Hospice général.

Assez curieusement, dans les pays de Contre-Réforme, l'évolution s'est faite à peu près dans le même sens; peut-être un peu moins vite. Il ne faut pas oublier qu'on trouve, à Valence, au début du XVIe siècle, un juriste qui a été le premier théoricien de la nationalisation de la santé, Juan Luis Vivès, ancêtre, si vous voulez, du «National Health Service» ou des systèmes actuels des Républiques populaires. En France, le Parlement, vers la même époque, impose une majorité laïque dans le Conseil de l'Hôtel-Dieu. Mais, évidemment, l'initiative privée, surtout religieuse, restait prédominante. On peut trouver un exemple intéressant d'assistance médico-sociale comme nous dirions maintenant, d'origine religieuse, mais avec une structure très particulière, dans les «Church flocks» d'Angleterre: les paroisses entretenaient un troupeau dont les produits allaient aux pauvres. C'était une sorte de capital sur pied dont les revenus servaient à assurer les soins aux pauvres. L'affaire avait un caractère privé, sous le contrôle des autorités religieuses. On peut dire d'ailleurs qu'en Angleterre, jusqu'au moment de la réforme en 1948 et de la création du National Health Service, l'initiative privée est restée prédominante et que ce sont les hôpitaux privés qui avaient la meilleure réputation.

Pendant toute cette période, il est caractéristique que la seule action de l'Etat était une action défensive; je dirai presque une action négative.
Je vous ai parlé des lépreux, des contagieux, de l'assistance aux mendiants, aux plus pauvres des pauvres: cette assistance avait un caractère policier. Il s'agissait d'empêcher les mendiants de troubler la communauté et si on les soignait lorsqu'ils étaient malades c'était sous certaines réserves avec, même, des régimes de travail plus ou moins forcés.

Même dans la célèbre «Poor Law» d'Elisabeth, qui est de 1601, il y a des formules qui imposent aux paroisses les soins aux malades et aux infirmes, mais qui contiennent un élément de travail forcé pour les pauvres. Donc, à la fois défense de la société contre la propagation de la maladie et contre les troubles qu'amène la présence de mendiants. Tout cela, bien entendu, au nom de la charité.

Il faut arriver aux philosophes du XVIIIe siècle pour voir apparaître, au lieu de cette notion de charité, la notion de bienfaisance et celle de responsabilité publique. C'est la théorie de Des Essarts qui affirme la responsabilité de l'Etat dans la bienfaisance considérée comme un devoir, et il y a là une nuance très nette la distinguant de la charité qui est une vertu. Je vous rappelle que l'idée avait été lancée par Luis Vivès, mais elle était restée à peu près sans écho.

Pendant que les philosophes du XVIIIe siècle affirmaient le devoir de bienfaisance, par opposition au devoir de charité, on voyait se développer un grand mouvement de charité à la suite des initiatives qu'avaient, au siècle précédent, prises des hommes comme Vincent de Paul.

Mais, on voit apparaître déjà les grands hôpitaux publics établis par les autorités. C'est au XVIIIe siècle que l'on voit naître les grands hôpitaux de Londres, de Paris, l'hôpital de Vienne, de St-Petersbourg. C'est à ce moment-là que l'on voit l'action hospitalière devenir une responsabilité, au moins locale, des autorités publiques.

La Révolution française se devait, tout naturellement, de cristalliser cette tendance: l'Assemblée Nationale affirmait que l'assistance aux pauvres est le plus sacré des devoirs, la Convention avait nationalisé les hôpitaux — l'histoire nous apprend d'ailleurs que cela fut un gâchis financier sans précédent — mais le Directoire, puis le Consulat, reprirent l'affaire en mains. Le système actuel français des commissions administratives qui gèrent les hôpitaux publics découle directement de la législation du Consulat, avec, bien

sûr, de nombreuses modifications de détail, en particulier par les ordonnances de 1958.

Dans les mêmes pays, au moment où l'Etat, les autorités publiques, intervenaient dans la structure hospitalière, les mêmes autorités publiques se faisaient remarquer par une absence totale d'intérêt pour ce que nous appelons maintenant l'hygiène publique ou la santé publique. Mirabeau avait pourtant, entre autres choses, proclamé la responsabilité gouvernementale dans «l'organisation de l'hygiène» — ce sont ses propres paroles. Mais, à ce moment-là, la souillure du milieu, conséquence d'un développement urbain anarchique — ce n'est pas d'aujourd'hui que le développement urbain se fait sans contrôle! — avait amené, à peu près partout, une situation absolument effroyable. Ainsi, à la fin du XVIIIe siècle et au début du XIXe siècle, l'histoire nous apprend que la Tamise, la Seine, la Chicago River étaient de véritables égouts à un degré de pollution que nous ne pouvons absolument pas imaginer à l'heure actuelle.

Pour reprendre l'exemple de la France, puisque je parlais tout à l'heure de l'action hospitalière, c'est seulement après la révolution en 1830 que Louis-Philippe puis la République de 1848 ont entrepris, sous la responsabilité de l'Etat, les premiers grands travaux d'assainissement.

A peu près partout en Europe l'évolution a été analogue avec un certain décalage dû aux différences de positions politiques.

En Angleterre et aux Etats-Unis l'initiative privée est restée dominante. Et pourtant, dès le XVIIIe siècle et davantage au XIXe, intervient aux Etats-Unis la sécularisation de certains hôpitaux, rendue nécessaire par la lutte contre les épidémies: l'apparition de la fièvre jaune, par exemple, a amené la création de grands hôpitaux municipaux, comme le fameux Bellevue Hospital à New York, qui est encore un très grand hôpital et qui a été tout d'abord un hôpital municipal, un hôpital public de contagieux. Encore une fois, intervention de l'Etat ou des autorités publiques dans un sens de protection, de défense. En Angleterre, il faut attendre une époque postérieure — 1860 environ — pour voir l'autorité centrale créer les Royal Infirmeries qui ont constitué le premier réseau d'hôpitaux publics, en même temps d'ailleurs que se créait le réseau d'officiers de santé de district, «District Officers of Health», qui recueillait les déclarations de maladies contagieuses — aux environs de 1860 c'était un très grand progrès — et qui dirigeait les contagieux vers des hôpitaux spéciaux municipaux. Encore une fois, une action défensive de la société. Aux Etats-Unis, on a assisté parallèlement à la prospérité économique du XIXe siècle, le «Boom» comme nous disons maintenant, à une relance de l'initiative privée en matière hospitalière, et surtout dans les Etats les plus riches, en particulier les Etats proches de la côte est. Ce sont ces grands hôpitaux privés — parfois commerciaux, mais surtout philantropiques — qui ont, au XIXe siècle et au début du XXe siècle, été la base même de la structure hospitalière aux Etats-Unis.

Mais, au cours de ce même XIXe siècle, les grands théoriciens du socialisme ont lancé une idée qui dépassait l'idée de bienfaisance des philosophes du XVIIIe en créant la notion de la responsabilité de la société pour le bien-être total de l'individu, celle-ci annonçant ce que l'on devait développer plus tard sous la notion du droit à la santé dont vous faisiez état tout à l'heure, Monsieur le Président. Nous allons retrouver, dans un des systèmes que nous allons essayer de décrire, la conséquence même de ces vues théoriques des grands philosophes socialistes.

J'ai un peu insisté sur l'évolution des philosophies et des politiques en matière hospitalière parce que, comme je l'ai dit, pendant très longtemps le seul exemple d'une action organisée pour la santé a été l'organisation hospitalière, les soins curatifs. Ceci était inévitable avant Chadwick, Pasteur et Röntgen. On ne comprenait presque rien à la transmission des maladies et à leur prévention.

Un aspect important dans l'intervention des pouvoirs publics en matière de santé et vous l'avez annoncé tout à l'heure, Monsieur le Président, en indiquant l'importance de la formation du personnel, c'est l'intervention des pouvoirs publics dans l'exercice des professions médicales, chirurgicales, pharmaceutiques qui constituaient la structure du personnel sanitaire dans les siècles passés.

Dans notre Europe, dès le Moyen Age, l'exercice de la profession médicale ou des professions voisines comme celle de chirurgien-barbier ou celle d'apothicaires était régi par la profession elle-même; c'était le système corporatif, système qui a résisté, en France par exemple, jusqu'à la Révolution et l'Empire qui ont introduit l'intervention de l'Etat dans la réglementation de la profession, le caractère privé du contrat malade—médecin restant entier. Donc réglementation par l'Etat de l'exercice ou du droit d'exercer, mais caractère privé du contrat malade—médecin. Et, dans la plupart des pays, il en est encore ainsi. Dans certains pays, c'est encore la profession médicale qui est responsable de la réglementation de l'exercice et du contrôle de l'éthique médicale. Le type de ce système de réglementation de la profession par elle-même, c'est le système britannique.

Puisque nous en sommes au chapitre du personnel, j'en reviens à ce que je vous disais tout à l'heure, en vous parlant de l'apparition en Angleterre, dans les années 1860, des premiers médecins de santé chargés d'une besogne qui était limitée à ce moment-là à la dénonciation — j'emploie ce mot volontairement — des cas contagieux afin de les isoler.

Mais c'est vers la fin du XIXe siècle et au début du XXe que l'on voit se créer dans les grands pays les structures actuelles du personnel de santé publique: les médecins officiels des collectivités, les inspecteurs de la santé, les médecins de district d'Angleterre. C'est aussi à cette époque que fut créé, sous la poussée des menaces épidémiques venant de l'extérieur, le USPHS: United States Public Health Service. Cet organisme a commencé par être le service médical des Coast-Guards — la garde côtière — avec un rôle de protection, de mise en quarantaine et s'est développé sous forme d'un très grand service de santé publique étatisé. Là, encore une fois, on a commencé par une attitude défensive avant d'arriver à la notion de protection de la santé et beaucoup plus tard à la notion de prévention. On ne peut rien reprocher à nos devanciers, puisque la notion de prévention de la maladie ne pouvait se construire que sur des notions scientifiques qui ne sont précisément apparues que dans les dernières années du XIXe siècle.

Dans ce que je viens de vous dire, un peu longuement, et je m'en excuse, nous trouvons l'embryon de tous les systèmes existants de relations entre l'Etat et l'action sanitaire.

J'essaierai de vous en décrire quelques-uns, pris comme types, et encore une fois, je m'excuse d'être trop schématique, trop sommaire, donc inévitablement inexact. Et je suis sûr que nombre d'entre vous connaissant beaucoup mieux que moi certains aspects dont je vais parler, apporteront des corrections, des éclaircissements au cours de la discussion.

Nous pourrions prendre, comme premier type, les systèmes dits de libre entreprise dont, je crois, les Etats-Unis d'Amérique nous fourniront un exemple assez caractéristique. Nous disions tout à l'heure qu'au XIXe siècle, la prospérité économique, surtout dans les Etats les plus favorisés, avait amené une prolifération de grands hôpitaux privés à caractère philanthropique. Dans les Etats plus pauvres du centre et du sud, on voit déjà à cette époque s'amorcer la création d'hôpitaux publics au niveau des Etats, des comtés, des municipalités. L'évolution actuelle est nettement centralisatrice en matière hospitalière, car les hôpitaux sont de plus en plus déficitaires, malgré les subventions qu'ils reçoivent des industries, malgré la richesse des fondations qui sont à leur origine, et la contribution importante qu'apportent à leur fonctionnement les assurances maladie privées. Vous savez, par exemple, qu'aux Etats-Unis un système d'assurances-maladie privé comme le Blue Shield couvre 40 à 45 % de la population. Ce type d'assurance-maladie permet aux malades de payer des soins dans les hôpitaux privés, ce qui apporte à ceux-ci une aide importante. Malgré tout cela, la complication des méthodes, la nécessité de renouvellement du matériel, le coût des médicaments et le coût élevé d'un personnel de qualité font que de plus en plus les grands hôpitaux, même les plus riches, deviennent déficitaires et doivent être soutenus par des subventions des collectivités publiques. Par exemple, les hôpitaux des Etats-Unis peuvent obtenir pour leur création, leur agrandissement, leur modernisation, des subventions fédérales allant jusqu'à 33 % du total des dépenses. Mais beaucoup d'entre vous comprendront tout de suite où j'en viens: ces subventions fédérales sont assorties de conditions sévères sur la planification de la rationalisation des techniques, aussi bien dans le domaine médical que dans celui de l'administration et de la gestion. C'est donc, par le truchement bien connu des subventions fédérales, une introduction graduelle de la puissance publique — en l'occurrence de la puissance publique fédérale — dans les systèmes hospitaliers privés. En même temps, un autre élément de centralisation intervient qui n'est pas une centralisation étatique à proprement parler mais qui se développe néanmoins à l'échelon national: il s'agit de la centralisation des problèmes de personnel médical par les grandes associations professionnelles nationales. Le choix du personnel des grands hôpitaux est de plus en plus conditionné, également sous forme d'une aide matérielle, fréquemment par un accord, par un endos des grandes associations professionnelles qui sont d'une part, en ce qui concerne le personnel technique, l'association médicale américaine «American Medical Association», d'autre part, en ce qui concerne le personnel de gestion et d'administration hospitalières, l'«American Hospital Association».

Donc, on peut dire que dans ce système de libre entreprise des Etats-Unis d'Amérique, il se fait une évolution planifiée à l'échelon national, vers une structure nationale. Les relations médecin—malade à domicile et à l'hôpital gardent le caractère d'un contrat de droit privé, mais le financement des soins médicaux, s'il reste à la charge de l'individu, est facilité par l'importance des assurances privées et aussi de plus en plus — ceci est extrêmement important du point de vue de l'évolution — par l'assistance de l'Etat pour les soins médicaux à des catégories sociales de plus en plus étendues. On a commencé par les pauvres, par les «indigents», puis il y a eu les vétérans des deux guerres et maintenant on trouve, depuis peu, dans le cadre d'un système qui a pris le nom de «medicare», une assistance médicale — hospitalisation, soins médicaux et médicaments — pour les personnes âgées de 65 ans considérées comme «medically indigent»: indigent médicalement. Ce critère d'indigence médicale est beaucoup plus souple, beaucoup plus étendu que le critère d'indigence tout court. Donc, l'intervention de l'Etat, aux Etats-Unis, dans le financement des soins médicaux s'étend graduellement à des catégories de plus en plus larges de la population. Ceci représente, surtout avec l'institution du medicare, une véritable révolution. D'autre part, l'action de santé publique proprement dite, l'action d'hygiène d'assainissement, la prévention et le contrôle des maladies transmissibles est fortement articulée à la puissance publique. A l'échelon fédéral, l'USPHS, également par un système de subventions conditionnées, centralise, normalise l'action de santé publique des Etats, des comtés, des municipalités. Une étatisation croissante de l'action de santé publique proprement dite se développe donc avec une tendance à l'intervention de plus en plus marquée de l'Etat dans les relations malade—médecin sous forme de financement.

On retrouve ce système qui est, avec toutes les réserves que je viens de faire, un système de libre entreprise, d'une part au Canada, avec quelques variantes suivant les provinces, d'autre part, dans presque toute l'Amérique latine. Bon nombre d'Etats et de Républiques latino-américaines ont cependant une caractéristique propre: l'importance considérable que revêtent, sur le plan de l'action sanitaire, les caisses d'Assurance Sociale; celles-ci sont en effet de véritables administrations de la santé avec leurs propres institutions et leurs propres hôpitaux, ce qui est bien différent du système européen d'assurances sociales qui est plutôt un simple mode de financement.

En outre, dans certains pays, au Chili par exemple, on voit apparaître une tendance à la nationalisation, avec un service national de santé qui n'a pas le caractère intégral et «compréhensif» du système anglais, mais qui représente quand même une tendance très nette vers une étatisation. *(à suivre)*