

LOGIQUE NÉO-LIBÉRALE DE LA RESPONSABILISATION ET ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

ENTRE CAPITALISME DÉBRIDÉ ET DÉCROISSANCE UNILATÉRALE : LA TROISIÈME VOIE DE LA SOBRIÉTÉ UNIVERSELLE

Christian LÉONARD¹

Nous proposons une approche critique de la vague de responsabilisation individuelle qui touche les bénéficiaires des assurances sociales telles que l'assurance maladie ou l'assurance chômage. La responsabilisation fondée sur une forme de méritocratie remet complètement en question le principe même de l'assurance sociale, car il ne suffit plus de cotiser pour bénéficier d'une couverture d'un risque social, encore faut-il prouver que l'on a adopté un comportement socialement ou sanitaires correct pour mériter l'usage du bien collectif au financement duquel l'utilisateur a, d'autre part, participé par le paiement de ses cotisations et de divers impôts. Nous explicitons quelques exemples de responsabilisation individuelle des patients qui montrent les dangers que ces réformes comportent pour l'accès aux soins de santé. Nous montrons en quoi cette responsabilisation du consommateur de biens collectifs constitue un réel paradoxe quand la dictature du PIB oblige le consommateur de biens privés à acquérir de nouveaux objets sans remettre en question les injonctions de la publicité. Enfin, nous proposons une autre voie de développement compatible avec la solidarité mondiale, le respect de la planète et le retour à un mode de vie plus respectueux du sens de notre existence, nous engageons chacun à vivre plus simplement, plus sobrement pour lutter contre l'influence de la pensée dominante néo-libérale.

Doit-on réellement s'indigner de la vague de responsabilisation qui touche notamment les chômeurs et les malades, ou s'agit-il d'une nécessaire procédure de conscientisation des consommateurs de biens publics ? Pour ceux qui sont, souvent par naissance, du bon côté de la barrière, ce concept d'inspiration néo-

libérale permet de faire utilement la chasse aux profiteurs et d'éliminer les poches de dysfonctionnement. En outre, la responsabilisation assurerait la position compétitive de nos économies en réduisant les dépenses sociales, et donc les "charges" qui pèsent sur le travail. Toutefois, cette réflexion de

1. Economiste. Chef du département Recherche & Développement à l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes et Professeur de politique de santé à l'Institut Cardijn.

Mots-clés

- mondialisation
- médicalisation
- méritocratie
- responsabilisation
- décroissance
- développement
- sobriété

2. Nous analysons de manière détaillée ce processus de privatisation implicite qui touche les systèmes de sécurité sociale dans Léonard Christian, "La privatisation de la protection sociale : un phénomène croissant et multiforme", MC-Informations, n° 212, avril 2004, pp. 3-16.

3. Définie par Durkheim comme l'absence ou la disparition des valeurs communautaires et sociales.

4. Voir Bourdieu Pierre, "L'essence du néolibéralisme", Le Monde Diplomatique, mars 1998, p. 3.

5. On lira avec intérêt l'excellent article que Philippe Defeyt consacre à la pensée de Ivan Illich, un penseur prêtre et philosophe dont les écrits restent d'une actualité angoissante. Ses œuvres complètes sont rééditées chez Fayard. Defeyt Philippe, "Sortir de la société de consolation", Démocratie, n° 9, 1^{er} mai 2005, pp.1-5.

6. Bénilde Marie, "Des marques au fer rouge dans nos consciences", Le Monde Diplomatique, mai 2000, pp. 10- 11. Le Monde Diplomatique de mai 2001 consacre un dossier complet à la publicité intitulé "La pieuvre publicitaire", pp. 9-14.

7. On peut en effet s'étonner, mais est-ce réellement étonnant, que certaines maladies

privilegiés ignore les influences des nombreux déterminismes dont nous somme tous l'objet, elle est inéquitable et même inefficace, mais présente l'avantage de conforter les nantis dans leur certitude des mérites dont ils ont fait preuve pour atteindre et conserver la position qu'ils occupent.

Mondialisation et compétitivité

On ne peut véritablement comprendre les tensions que subissent les systèmes sociaux sans faire un détour par le processus de mondialisation qui donne à la concurrence une nouvelle dimension d'expression. Le raisonnement est à présent bien connu, les échanges commerciaux avec les pays où un niveau très satisfaisant de la qualité de production s'accommode d'un faible coût salarial, contraignent les producteurs des pays industrialisés à délocaliser si la "charge" salariale n'est pas réduite de manière drastique. Imperceptiblement, on est ainsi entré dans une vague de privatisation implicite dont la justification est également idéologique. Les réductions de recettes n'ont en effet pas pour seul but le rétablissement de positions concurrentielles, mais sont aussi la conséquence de volontés affichées plus ou moins ouvertement par les théoriciens de l'offre, voire par les adeptes d'idées libertariennes.² Ce passage au néolibéralisme est d'autant moins perceptible qu'il s'accompagne des résistances qu'il suscite. Il s'agit d'un véritable paradoxe, énoncé par Pierre Bourdieu, pour qui la chute dans l'anomie³ est justement évitée par toute une mobilisation d'institutions et agents de l'ordre ancien, dont l'action se fonde sur des valeurs de solidarités sociales ou familiales⁴, en d'autres termes l'exercice de la solidarité empêche de percevoir les attaques dont elle est l'objet.

La dictature du produit intérieur brut

Comment est-il possible que nous acceptions presque tous d'entrer dans ce cycle infernal de la production-rémunération-consommation ? A quel dieu sacrifions-nous ce qui devrait être notre bien le plus cher, notre liberté ? La réponse se décline sous la forme d'un acronyme, PIB, cet outil dont on nous dit qu'il mesure la prospérité d'une nation. Il ne dit en fait rien de la manière dont chaque bien est produit, si sa production respecte l'environnement ou si elle en augmente l'empreinte écologique. Il est tout aussi muet sur la manière dont il est réparti, certains affirment et expérimentent le caractère inégal de sa répartition comme condition nécessaire de sa croissance. Dans un souci d'objectivité normative, il se garde bien de faire la différence entre les activités qui participent à la promotion du principe d'humanité, et celles qui dégradent jusqu'à l'image que l'homme se fait de lui-même.⁵ Le moteur de cette frénésie productiviste et consumériste est constitué par la masse informe de nos innombrables besoins et alimenté par ce qui est devenu un secteur d'activités propre, la publicité. Aucun fragment de notre existence n'y échappe et elle trouve un support sur le moindre élément de notre environnement. Il semble que dorénavant ce ne soit "plus le consommateur qui commande le rythme de la production, mais le producteur qui orchestre le désir de consommation". La publicité est une industrie de transformation de la conscience sociale⁶ et, sans doute, morale. Cette dictature du PIB, magnifiquement orchestrée par l'omniprésence de la publicité, repose sur un extraordinaire paradoxe. En effet, toute critique de ce processus autosuffisant qui viserait à remettre en question la croissance économique serait perçue comme de la sédition, le

consommateur de biens privés étant voué à s'abstenir d'esprit critique avant de s'adonner à son activité d'achat. Toutefois, lorsqu'il fait usage de son droit aux biens collectifs et notamment sociaux, il est tenu d'adopter un comportement responsable susceptible d'économiser les deniers publics qui sont pourtant les siens. On ne s'étonnera pas que dans un monde où il doit se comporter de manière irresponsable dans le champ privé et responsable dans le champ public, où des messages dont le nombre est sans cesse croissant lui imposent d'avalier tout et n'importe quoi, tant au propre qu'au figuré, l'individu soit pris de sentiments schizophréniques.

La médicalisation des problèmes sociaux

La mécanique est cependant bien huilée et ne laisse pas se perdre des éventuelles niches de production. C'est ainsi que la dislocation des liens sociaux, l'anxiété de se retrouver responsable de ses échecs, alors que la publicité présente en exemple des êtres parés de toutes les qualités, et l'impérieuse nécessité de conserver une image de jeunesse et de beauté, vont précipiter les victimes du système dans un état qui sera qualifié de dépressif. Il est en effet essentiel de trouver un mot pour couvrir ce concept de mal-être, et ce concept présente une connotation pathologique, car il permet ainsi de faire entrer notre individu dans la catégorie des patients. La dépression est une maladie, il en est donc malade mais il peut être rassuré, car à chaque maladie correspond un remède, et peut-être même un médicament, pour autant que le marché potentiel soit suffisamment rentable.⁷

L'obésité est un autre problème de société dont nombre se réjouissent qu'il obtienne le statut de maladie. Il est vrai que le nombre de personnes concernées

augmente à un rythme inquiétant et que le combat en amont du processus de la prise de poids s'avère des plus difficiles. C'est pourtant sur le terrain de la prévention, de la promotion de la santé, de l'éducation à la santé, que la bataille devrait être menée en priorité. Cependant, ceux qui osent affronter le très puissant lobbying agro-alimentaire semblent être des héros des temps modernes. Quelques exemples récents illustrent parfaitement l'incompatibilité entre production alimentaire et promotion de la santé. Lors de l'assemblée générale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) tenue à Genève, du 17 au 22 mai 2004, les experts de cette organisation ont demandé aux pays membres de promouvoir l'exercice physique et les régimes alimentaires plus sains. Dans un projet de résolution l'OMS soulignait qu'il était de la responsabilité des industriels de réduire "la part de graisses, du sucre et du sel dans les aliments préparés". Un projet vivement critiqué par le lobby du sucre, qui a accusé les experts ne n'avoir pas assez réfléchi aux conséquences économiques de leurs recommandations.⁸ En France, l'élaboration et le vote particulièrement difficiles des articles 29 et 30 de la loi santé du 9 août 2004, prouvent que la volonté politique s'émousse au contact de la rugosité des contraintes marchandes. L'article 29 prévoit l'obligation d'une information sanitaire lors de la diffusion télévisée ou radiodiffusée de messages publicitaires en faveur de boissons auxquelles ont été ajoutés des sucres, du sel ou des édulcorants. Le législateur a choisi cette réglementation plutôt qu'une interdiction et a, en outre, dû prévoir une manière de s'y soustraire. En effet, le message sanitaire pourra être évité par le versement d'une contribution au profit de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.⁹ L'article 30 prévoit l'interdiction des distributeurs automatiques de boissons

continuent de tuer par dizaines ou centaines de milliers de personnes dans des pays où, il est vrai, le niveau de vie est extrêmement faible. Selon l'OMS, le paludisme tue entre 1 et 3 millions de personnes par an. L'Afrique paie le plus lourd tribut avec 90 % des cas et, à titre de comparaison, la France connaissait en 1999, 7.000 cas dont une vingtaine de décès.

8. Voir Bassir Pour Afsané, L'OMS rappelle la "nécessité absolue" de développer les traitements antisida dans les pays pauvres, *Le Monde*, 21 mai 2004, p. 4.

9. Cette contribution s'élève à 1,5 % des sommes destinées à l'émission et la diffusion des messages publicitaires.

10. Voir Blanchard Sandrine, "La lutte contre l'obésité se heurte au lobby agro-alimentaire", *Le Monde*, 30 avril 2005, p.8.

11. Mamou Yves, "La pilule miracle de Sanofi Aventis contre le tabagisme et l'obésité", *Le Monde*, 27 juillet 2005, p. 9.

12. Les derniers exemples en date sont ceux du laboratoire californien Avanir qui considère que rire et pleurer sans raison est une pathologie et qui a, comme par hasard, développé un médicament appelé Neurodex pour traiter cette labilité émotionnelle "pathologique". Le laboratoire américain Cephalon est lui prêt à offrir un remède à la somnolence diurne excessive avec le Nuvigil. Voir Bader Jean-Michel, "Des maladies pour vendre des médicaments", *le Figaro*, 14 juillet 2005, p. 10.

13. Illich Ivan, "Némésis médicale" in *Œuvres complètes*, volume 1, Fayard, 2004, pp.

581-786. Illich y illustre magistralement le caractère relatif des gains d'espérance de vie consécutifs à la mobilisation de la technologie médicale. Il rappelle fort opportunément que les gains les plus importants ont été obtenus grâce aux améliorations de l'hygiène de vie, de l'hygiène dans les actes médicaux simples et à l'amélioration de la nutrition.

14. Nous abordons les effets, notamment éthiques, de l'application des progrès technologiques dans la médecine dans Léonard Christian, "Du progrès technique dans le champ d'action de la médecine", *MC- Informations*, n° 214, août 2004, pp. 5-19.

15. Voir par exemple Bourdieu Pierre, "La distinction, critique sociale du jugement", Editions de Minuit, Paris, 1979.

16. Voir par exemple Maurin Eric, "Le ghetto français. Enquête sur le séparatisme social", Seuil & La République des idées, Paris, octobre 2004 et Maurin Louis, "Que sait-on des inégalités en France ?", *Futuribles*, n° 307, avril 2005.

17. En Belgique, globalement, la valeur moyenne de l'Indice de Masse Corporelle s'élève à 24,9 alors que 46 % de la population présente un poids "normal", 33 % présentent un excès de poids et 12 % sont obèses. A l'opposé, 8 % sont maigres et 2 % souffrent de maigreur extrême. Si seuls 5,6 % des personnes qui ont obtenu un diplôme de niveau universitaire sont obèses (IMC moyen de 24,0), la proportion atteint 15,6 % chez celles qui n'ont pas de diplôme (IMC moyen 26,0). L'IMC- Indice de Masse Corporelle ou Body Mass Index est le rapport entre le

et produits alimentaires dans les établissements scolaires à partir du 1^{er} septembre 2005. Une mesure qui a fait monter au créneau les défenseurs du secteur qui ont vanté le rôle de renforcement de la "sociabilité" de ces distributeurs ou la perte d'emplois que la mesure allait inévitablement générer. Toujours dans le secteur de l'alimentation, le 21 avril 2005, les membres de la commission environnement, santé publique et sécurité alimentaire du Parlement européen ont suscité la colère des associations de défense de consommateurs en "édulcorant" un projet de règlement concernant les allégations qui fleurissent sur les emballages de produits présentés comme de réels passeports pour la bonne santé. Les parlementaires européens ont rejeté le principe selon lequel toute allégation devait reposer sur les qualités nutritionnelles du produit, et les fabricants en seront quitte avec une simple notification avant de recevoir l'autorisation de mentionner ces allégations "alléchantes" pour le consommateur obnubilé par la santé parfaite.¹⁰

La pression productiviste ne se manifeste pas seulement en amont du processus qui mène au surpoids ou à l'obésité, il est également présent en aval, au travers de la médicalisation du phénomène qui, nous en sommes convaincus, est majoritairement social, voire sociologique. Les associations de lutte contre l'obésité sont très souvent financées par des firmes pharmaceutiques qui produisent des médicaments qui pourraient devenir rapidement des "blockbusters", ces fameux médicaments dont le chiffre d'affaire dépasse un milliard de dollars. Chez Sanofi Aventis on prétend même avoir trouvé la pilule miracle qui lutte à la fois contre l'obésité et le tabagisme. Le Rimonabant pourrait obtenir le feu vert de la Food and Drug Administration (FDA) aux Etats-Unis dès 2007, une

affaire en or au vu du marché potentiel. Le marché de l'obésité est estimé à 10 milliards de dollars dans les pays développés, où 15 à 20 % des personnes sont obèses, et le tabagisme concerne 1,3 milliard de personnes dans le monde.¹¹ Les laboratoires semblent même parfois chercher la pathologie qui correspondra aux médicaments qu'ils ont produits.¹²

Cette médicalisation est évidemment contestable, car elle participe à l'inadéquation entre les problèmes et les solutions, mais elle est également dommageable pour la santé collective et individuelle. Par exemple, la surconsommation d'antibiotiques est néfaste collectivement en raison de la capacité de résistance des bactéries qu'elle induit. En outre, l'usage systématique de médicaments ou d'actes médicaux peut s'avérer contre-productif, donnant naissance à une "iatrogénèse" que le philosophe Ivan Illich avait déjà mise en évidence il y a quarante ans.¹³

La responsabilisation face aux déterminismes

Invoquer les déterminismes invite à la prudence, il faut en effet éviter de donner une justification à l'attitude paternaliste de ceux qui "savent" ou renforcer le découragement structurel qui menace ceux qui se sentent posés sur des rails médicaux ou sociaux. Au-delà des caractères héréditaires ou génétiques que nous supposons irréversibles pour la simplicité du propos, les enquêtes de santé ou les évaluations que l'on peut faire des effets de l'enseignement sur la mobilité sociale montrent qu'il n'est pour le moins pas aisé de sortir de son milieu et d'échapper aux "marques" qui en sont caractéristiques.¹⁴ Les constats de Pierre Bourdieu il y a une quarantaine d'années à propos de la limitation du "champ des possibles"¹⁵ qui résultait

principalement de l'héritage culturel sont confirmés aujourd'hui par des études qui attestent de la ghettoïsation consubstantielle aux inégalités d'accès au logement, à l'enseignement ou à la culture.¹⁶

On sait également que la santé, exprimée par l'espérance de vie ou le niveau de morbidité par type d'affections, est caractérisée par un gradient socio-économique qui induit de fortes inégalités. Les enquêtes de santé réalisées en Belgique par exemple illustrent de manière lumineuse ces inégalités qui se manifestent tant dans le mode et la quantité de consommation médicale que dans la prévalence d'affections chroniques. Les caractéristiques physiques de la personne, telles que le surpoids ou l'obésité, sont également associées à un tel gradient.¹⁷ Même l'état de leur tissu relationnel n'y échappe pas.¹⁸ Malgré ces nombreuses preuves d'inégalités "déterminées", le politique cherche à réaliser des économies en reportant une part sans cesse croissante des coûts collectifs sur l'individu, en le responsabilisant individuellement. Nous puissions ici dans l'actualité quelques exemples qui illustrent ce processus qui ne semble pas susciter une grande indignation.

Parcours de soins et contrats responsables en France

La France s'est engagée dans le voie de la responsabilisation du patient par l'introduction au 1^{er} janvier 2005 d'un montant forfaitaire d'un euro à charge du patient qui consulte un généraliste ou un spécialiste ou qui bénéficie d'un acte technique auprès de l'un de ces prestataires. Par la loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie, nos voisins ont également prévu une responsabilisation financière supplémentaire du patient en introduisant des pénalités financières pour ceux qui ne respecteraient pas les règles du "parcours de soins coordonné". Il

incombe en effet au patient de se choisir un médecin traitant par lequel il s'engage à passer avant de consulter un spécialiste.¹⁹ En dehors de ce "parcours de soins", le patient paiera un ticket modérateur supérieur et devra supporter la "liberté" tarifaire des spécialistes. Il s'agit du volet "responsabilisation" du patient qui est doublé d'un volet "responsabilisation" des assurances complémentaires de santé.

En effet, la mise en oeuvre de la réforme de l'assurance maladie se poursuit actuellement avec la définition de ce que l'on appelle les "contrats responsables". Ce concept complet, fort logiquement²⁰, la responsabilisation financière du patient qui doit suivre le parcours optimal. Un contrat offert par une assurance complémentaire est qualifié de responsable s'il exclut, au moins partiellement, la couverture des dépassements d'honoraires qui frappent le patient "irresponsable". La reconnaissance comme "contrat responsable"²¹ est essentielle, car elle permet à la mutuelle ou la compagnie d'assurance de bénéficier d'avantages fiscaux, mais est également une condition pour que l'accès au dit-contrat soit favorisé par un système de crédit d'impôt. En outre, les complémentaires qui n'offrent pas de "contrats responsables" seront redevables d'une taxe de 7%.²² On peut cependant craindre que ce crédit d'impôt²³ ne permette pas d'acquiescer une complémentaire qui pallie réellement les insuffisances sans cesse croissantes de l'assurance obligatoire. Il est d'ailleurs interpellant que le pouvoir public trouve les moyens financiers pour allouer des crédits d'impôts octroyés pour compenser l'insuffisance des recettes affectées à l'assurance obligatoire. Comme le soulignent Catherine Mills et José Caudron dans une critique très pertinente de la réforme de Douste-Blazy, "le crédit d'impôt prévu apparaît

poids exprimé en kilos et la taille exprimée en mètres et élevée au carré (P/T^2). On parlera d'obésité pour un IMC supérieur à 30, d'excès de poids pour un IMC entre 25 et 30 et d'un poids normal pour IMC entre 20 et 25. On parlera de maigreur lorsque l'IMC s'établit en dessous de 20 et de maigreur extrême lorsqu'il atteint une valeur inférieure à 18.

18. Nous avons présenté les résultats des enquêtes réalisées en 1997 et 2001 dans les articles suivants : Léonard Christian & Van Winckel Hilde, "Le Belge et sa santé", M-Info, n° 186, février-mars 1999 & Léonard Christian, "La nouvelle enquête sur la santé des Belges, une grille de lecture des inégalités de santé", MC-Informations, n° 207, pp. 16-24, 2003. Une nouvelle enquête a été réalisée en 2004, les résultats sont attendus pour la fin de l'année 2005.

19. A l'exception des chirurgiens-dentistes, des pédiatres, des ophtalmologistes et des gynécologues.

20. Logiquement, car si le but de cette partie de la réforme est plus de modifier le comportement du patient que de réduire l'intervention de la sécurité sociale, on comprend que des précautions soient prises afin d'éviter que les complémentaires annulent l'effet incitatif de la mesure.

21. Au moment où nous écrivons cet article, le gouvernement doit encore publier deux décrets portant sur la modulation des tarifs par l'assurance maladie et les assurances complémentaires.

22. Voir Allard Laurence, "Soins médicaux : ce qui restera à la charge des

assurés", Le Figaro Patrimoine, 30 avril 2005, pp. 12 et 14. Trois types d'incitations sont donc prévues : l'exclusion de l'assiette de cotisations sociales de la contribution des entreprises à la prévoyance complémentaire, l'exonération de la taxe spéciale de 7 % sur les conventions d'assurance et le droit de déductibilité du revenu net imposable des cotisations ou primes versées, tant par les salariés que par les professionnels indépendants. Voir également Beau Pascal, "Contrats responsables, que des inconvénients ?", Espace Européen, n° 721, 22 au 28 avril 2005, pp. 4-5.

23. Ce crédit d'impôt s'élève à 75 euros pour les moins de 25 ans, à 150 euros pour les 25-59 ans et à 250 euros pour les 60 ans et plus. Il bénéficie aux personnes dont les revenus se situent entre 576,13 et 662,55 euros, c'est-à-dire 15 % au-delà du seuil de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

24. Caudron José & Mills Catherine, "Le système de santé. Résistances et alternatives. Critique de la contre-réforme Douste-Blazy et perspectives", ESPERE, Le temps des Cerises, Paris, 2004, p. 52.

25. Un système similaire est d'application en France sous le nom de "forfait de remboursement" ou "tarif forfaitaire de responsabilité" depuis septembre 2003. Comme le montre une étude du CREDES, de tels systèmes ne sont pas suffisants pour infléchir véritablement l'évolution des dépenses pour médicaments qui est liée aux volumes prescrits d'une part, et au prix des médicaments couverts par des brevets et innovants, d'autre part. Voir le Pape Annick, Paris Valérie &

plus comme un instrument de désolidarisation du système de santé, alors qu'on nous prétend l'inverse".²⁴

Le prix de référence en Belgique

Ce système a été introduit en Belgique le 1^{er} juin 2001 pour stimuler la consommation de médicaments moins coûteux. Le législateur a en fait choisi d'agir sur le patient pour inciter le médecin à prescrire des médicaments génériques dont l'action se fonde sur les mêmes principes actifs que le médicament "original" et dont le prix est inférieur. C'est ainsi que lorsqu'un médicament original est prescrit et qu'il existe un médicament générique qui lui correspond, l'assurance maladie intervient sur la base d'un pourcentage du prix du médicament générique et non plus du médicament original. C'est donc le patient qui paie la différence de prix, il est donc financièrement responsable de la prescription médicale.²⁵

Le no-claimteruggaveregeling aux Pays-Bas

Depuis le 1^{er} janvier 2005, l'assuré hollandais peut bénéficier d'une "ristourne" s'il adopte un comportement responsable comme consommateur de soins de santé. En effet, à l'issue d'une année civile, l'organisme assureur ristournera la différence entre 255 euros et la somme de toutes les interventions dont l'assuré aura bénéficié. Dans le cadre de la réforme du système de santé hollandais²⁶, cette "ristourne" va donner lieu à des calculs dont le résultat va (devrait) selon les initiateurs du projet, induire un comportement d'optimisation tenant compte de la prime versée à l'organisme assureur et des coûts générés par la consommation de soins. En effet, pour une couverture identique, les organismes assureurs exigent une prime qui varie d'environ 240 euros à plus de 455 euros. Les plus chers arguent du fait

que leur service est meilleur et que leur portefeuille d'assurés présente un risque moyen plus élevé. Cela signifie que la ristourne peut être supérieure à la prime versée, ce qui ne correspond peut-être pas à l'esprit de bonne gestion financière des assurances. Plus important, et même plus grave, les assurés qui, à l'approche de la fin de l'année, auront généré des interventions de leur organisme assureur pour un montant inférieur au montant de la ristourne maximale, 255 euros, ne seront-ils pas l'objet d'une propension à sous-consommer ? Cette propension ne risque-t-elle pas d'être d'autant plus forte que la situation financière de la famille concernée est précaire ? Les Pays-Bas ne vont sans doute pas s'arrêter là, car le Ministre de la Santé Publique Hoogervorst a fait savoir qu'il souhaitait que les personnes qui sont touchées par une maladie qui est la conséquence de leur style de vie supportent une charge financière supplémentaire.

L'imposture de l'antériorité de la croissance pour atteindre le développement

La responsabilisation est rendue possible par une certaine forme d'individualisme et par une sorte d'inféodation au PIB, mais elle est également considérée comme indispensable à la croissance qu'il est devenu redondant de qualifier d'économique. Dans la logique néolibérale, la croissance est elle-même indispensable au développement et les défenseurs d'une croissance modérée, voire d'une certaine forme de décroissance²⁷, éprouvent des difficultés à dissocier les deux concepts quand ils ne doivent pas se résoudre à récuser les deux.²⁸

On ne peut cependant confondre la recherche d'une voie durable de "vie bonne" et une querelle sémantique qui

ferait oublier que l'on doit assurer un développement autonome des pays qui ne disposent pas actuellement du minimum vital alimentaire et sanitaire. Sans aucune volonté d'imposer une culture ou des valeurs, il nous appartient de promouvoir le principe d'humanité aux confins de ses limites géographiques.

Pour en sortir : la troisième voie de la sobriété

Que ce soit pour des raisons sociales, humaines ou écologiques, une autre voie s'impose à nous. Le paradigme de la croissance qui fournit l'emploi et le bien-être et qui est économe des énergies non renouvelables est devenu, non seulement intellectuellement, mais aussi pratiquement obsolète. Notre planète ne pourrait supporter que chaque pays ait la même empreinte écologique que les États-Unis ou même que la Belgique, les processus de production sont de plus en plus économes mais cela restera insuffisant.²⁹ La prise de conscience qu'une troisième voie est indispensable doit être mondiale, car c'est ensemble que nous pourrions la suivre, en adoptant un rythme de croissance adapté à chaque pays, afin d'atteindre le niveau de vie qui assure l'essentiel des ressources

pour atteindre l'objectif d'une "bonne vie".³⁰ Comme l'écrit Jean-Marie Harribey, "on peut faire l'hypothèse que la baisse du temps de travail peut contribuer à débarrasser notre imaginaire du fantasme d'avoir toujours davantage pour mieux être, et que l'extension des services collectifs, de la protection sociale et de la culture soustraits à l'appétit du capital est source d'une richesse incommensurable avec celle que privilégie le marché".³¹

Indiscutablement, cette voie est celle de la sobriété, non pas de la pauvreté ou de l'austérité, mais bien d'une réelle prise de conscience que notre liberté ne consiste pas à consommer et à travailler pour gagner les moyens indispensables à cette consommation. Notre liberté passe par un renoncement volontaire à la frénésie de l'acquisition, au remplissage de notre existence pour mieux célébrer le quotidien. Si nous réfutons le caractère équitable et même efficace de la responsabilisation individuelle, nous proposons l'exercice pour chacun d'une prise de conscience du rôle à jouer dans le cadre d'une responsabilité collective du "mieux vivre" ensemble, du respect de la planète, de la solidarité de tous pour chacun. Comme le disait Gandhi, apprenons à vivre plus simplement afin que, simplement, d'autres puissent vivre. ■



Sermet Catherine, CREDES, "Les politiques de forfaits de remboursement des médicaments en Allemagne et aux Pays-Bas", Questions d'économie de la santé, n° 28, avril 2000.

26. Voir notamment Wierinck Marie, "Plus de marché pour sauver la solidarité ? Le pari néerlandais de la réforme de l'assurance maladie", Chronique Internationale de l'IRES, n° 91, novembre 2004, pp. 65 - 78.

27. Voir par exemple Latouche Serge, "Pour une société de décroissance", Le Monde Diplomatique, novembre 2003, pp. 18 - 19.

28. Voir Latouche Serge, "En finir, une fois pour toutes avec le développement", Le Monde Diplomatique, mai 2001, pp. 6-7 & Latouche Serge, "Et la décroissance sauvera le Sud...", Le Monde Diplomatique, novembre 2004, pp. 18 - 19.

29. L'empreinte écologique d'un pays peut être définie comme la surface de terre productive et d'écosystèmes aquatiques nécessaires à produire les ressources utilisées par ce pays et à assimiler les déchets qu'il produit. Il est ainsi possible de calculer le différentiel, pour chaque pays, entre son empreinte écologique et la surface dont il dispose réellement.

30. Selon l'expression de Serge Latouche, novembre 2004, op. cit.

31. Harribey Jean-Marie, "Développement ne rime pas forcément avec croissance", Le Monde Diplomatique, juillet 2004, pp. 18 - 19.