

Ethique de l'économie de la santé Les valeurs en jeu

Introduction

La manière dont on peut parler de l'argent dans le domaine de la santé dépend de multiples facteurs. Je vous en cite quelques-uns :

- la place que nous occupons dans le système de soins, de prévention, de prédiction : ce qui détermine l'intitulé des thèmes de chaque atelier dans le dépliant vert de présentation de ces journées, "*le patient, le professionnel, l'administratif, le politique*";
- la culture dans laquelle nous vivons, la relation au corps, au temps, au cosmos : ce qui détermine des types de médecine ;
- la conjoncture qui nous amène à établir des priorités en fonction de l'urgence, des moyens disponibles, des pressions sociales, etc.

L'organisation de la santé - l'économie de la santé - la gestion de la santé, tient compte de ces divers aspects.

Une économie humaine de la santé

L'économie humaine de la santé, c'est la prise en compte de ces multiples aspects de la vie d'un homme (une économie de tout l'homme) et de la multitude des hommes, d'une part nos contemporains (les relations entre les économies de la santé des pays fortement industrialisés et celles de pays en voie de développement, par exemple), d'autre part nos descendants (les conséquences de nos économies de la santé sur les générations futures).

Cette approche globale était assez en vue après la guerre au moment où l'O.M.S. définissait la santé comme "*un état de complet bien-être physique, mental et social*"¹. Et puis, comme en d'autres domaines économiques, l'expansion et le profit ont servi de règles. C'est au moment où pointe la récession et que l'on parle de maîtrise des dépenses de santé, que l'on s'interroge alors sur les valeurs en jeu.

La construction éthique

Les valeurs que nous entendons promouvoir dans notre vie personnelle et sociale se traduisent en principes qui guident notre action. L'organisation de ces principes, je l'appelle une "éthique", quelles que soient les valeurs engagées. C'est-à-dire que je n'emploie pas l'adjectif "éthique" comme équivalent de bon ou de moins bon : ce n'est pas une échelle, un ordre de valeur, un jugement de valeur. L'éthique, pour moi, c'est un ensemble de principes d'action, plus ou moins cohérents entre eux et pertinents par rapport aux valeurs qu'ils sont censés mettre en oeuvre. Tout le monde, en ce sens-là, neutre, possède une éthique. Celui dont on peut penser qu'il fait n'importe quoi a une éthique parfois adaptée à sa situation, à son environnement interne et externe.

Prenons l'exemple de quelqu'un qui se noie et ne sait pas nager. Il pourra s'en sortir :

- si quelqu'un lui jette une bouée de sauvetage (on parle de "*filet de sécurité*" pour l'accès aux soins des personnes sans revenu suffisant) ;

- si quelqu'un vient le chercher (on parle d'assistance) ;

¹- *Prévenir*, La Santé, usages et enjeux d'une définition, 1996, n° 30.

- si lui-même se débat en brûlant toutes ses énergies : cette manière de faire incohérente aux yeux de qui sait nager, ce comportement, cet "ethos", est une conduite qui obéit à un principe, le principe de survie (n'est-ce pas l'éthique de beaucoup de ceux qui vivent dans l'urgence, sans vision optimiste du lendemain ?).

Des éthiques différentes

Les comportements de santé en matière de soin, de prévention, de prédiction, aussi bien les comportements privés (les usages des uns et des autres) que collectifs (les systèmes que nous mettons en place), appartiennent à des éthiques différentes. Ces éthiques sont en partie héritées (notre éducation, nos prédécesseurs), en partie prescrites (nos appartenances idéologiques ou religieuses), de toute manière elles s'adaptent pour trouver des solutions aux problèmes nouveaux que l'on rencontre. Juger de la valeur de ces éthiques, c'est affaire de conscience, conscience des individus et des groupes d'individus.

La question se pose aujourd'hui : avons-nous des valeurs communes dont nous pourrions tirer des principes d'action utiles et utilisables pour construire une économie de la santé ?

La tâche politique

Ce responsable politique, que lui demande-t-on dans notre pays ? On lui demande d'assurer la tâche politique et cette tâche politique c'est :

- afficher des valeurs,
- indiquer des principes d'action pour gouverner selon ces valeurs,
- définir une méthode et une stratégie de mise en oeuvre de ces principes.

Ce responsable politique, dans notre pays, ne tombe pas du ciel : il est l'élu à la fois du professionnel, du patient, du bien-portant, de l'administratif, du cotisant, du retraité, etc. ; il ne représente pas une corporation, un secteur d'activité, une province..., il représente l'ensemble de la nation et a en charge non pas les intérêts des particuliers mais le bien commun. L'ensemble des élus n'est jamais que le reflet de l'ensemble des électeurs. C'est nous qui sommes, tous ensemble, dans l'incapacité de maîtriser les dépenses de santé, à toutes les places que nous occupons : incapacité du patient, incapacité du bien-portant, incapacité du soignant, incapacité de l'administratif, incapacité du politique...

Construire une économie de la santé

Si nous voulons parvenir à définir une économie de la santé, il faut :

- vérifier que nous partageons bien les mêmes valeurs (par exemple "*la santé est un droit pour tous*"),
- s'entendre sur les principes ("*tous*", c'est qui ? le même droit pour l'habitant de Lyon, celui des plateaux ardéchois, celui de Calcutta, celui de Sydney ? et avec quels moyens humains, matériels, monétaires ?),
- savoir revenir à ces bases chaque fois que l'on aura à ajuster les systèmes que nous avons mis en place ainsi que nos comportements privés.

En l'absence de bases communes, dans le domaine de l'économie de la santé comme en d'autres, nous n'aurons que des individus et des groupes qui défendront leur place :

- le patient qui revendique l'accès aux soins comme dit le dépliant vert,
- le soignant qui ne veut pas d'ingérence dans sa relation avec le patient,

- l'administratif qui demande des objectifs clairs.

Il faut que chacun opère un "déplacement" pour entendre le point de vue de l'autre, non pas prendre la place de l'autre, mais se dé-placer pour s'entendre sur des valeurs et des principes qui définissent l'intérêt général, le bien commun, en matière de santé comme en matière de culture, d'emploi, de sécurité, etc.

1. Principes d'action

Chacun d'entre nous mène sa propre vie, chaque groupe social s'organise, selon des principes que l'on peut formuler de manière simple sinon caricaturale. Par exemple².

A chacun selon son mérite

Il n'y a pas de privilège dû à la naissance, à la fortune, aux relations, à la province dans laquelle on habite. Tous les hommes sont égaux au départ. Chacun se distingue des autres par ses propres talents, son travail. C'est ainsi que les emplois publics français sont pourvus sur concours, c'est-à-dire sur la compétence individuelle, et non par cercles de relations, cooptation, influence occulte, etc. Du moins en principe. C'est ainsi que les fonctions politiques sont pourvues par vote secret. Le système public français est construit sur l'individu.

A chacun selon ses moyens

C'est en fonction des ressources dont on dispose que l'on peut disposer d'un certain nombre de biens. Selon sa catégorie de revenus et des assurances que l'on a contractées, on sera soigné par une équipe médicale de renommée dans un hôpital réputé ou bien dans un organisme de moindre classe. Il en est de même pour les rentes de retraites. C'est sur cette base qu'est construit le système de santé aux Etats-Unis.

A chacun selon son dû

C'est un juste retour des choses : on a investi et on a un retour d'investissement. Ainsi bénéficie-t-on de soins à la proportion des moyens que l'on veut bien accorder à sa santé. La prestation est à la hauteur de la cotisation. C'est la "justice commutative" basée sur le contrat : je paie à un organisme qui me doit en contrepartie de bien me soigner, de me rendre la santé.

A chacun selon ses besoins

Toutes les personnes n'ont pas les mêmes besoins, car certaines sont saines, d'autres ont une santé fragile. Il y a donc lieu d'accorder aux uns plus d'attention qu'aux autres. C'est un groupe social qui partage ces vues qui va s'organiser pour que chacun de ses membres voient ses besoins couverts : les besoins primaires que sont la faim, le logement, la santé, par exemple. Il y a un accord politique pour une "justice distributive ou corrective".

²- BOITTE Pierre, *Ethique, justice et santé*, Namur, Artel, 1995 . - *Assurer la santé en Occident ?*, colloque Centre Thomas More, janvier 1977, en particulier : LAZARUS Antoine, La santé : une aspiration et un concept ; modèles techniques, éthiques et politiques ; BERTHOD Marianne, L'Etat est-il responsable de la santé des citoyens ?.

A chacun selon son choix

Dans l'existence chacun mène sa barque comme il l'entend. Certains ont des comportements aventureux, d'autres se ménagent. En fonction de ces choix de vie, chacun assume ses propres risques : protéger sa maison, son physique, ses revenus. La santé est considérée comme un bien prioritaire par les uns, secondaire par d'autres.

2. Construction éthique

On pourrait formuler d'autres principes qui guident l'action des uns et des autres. Aucune société ne se construit sur un principe unique. Il y a toujours un ou deux principes majeurs qui tentent de tenir compte des principes opposés. J'évoque pour l'exemple trois constructions éthiques parmi les plus citées dans la littérature récente à propos d'économie de la santé³.

Je mets en premier le principe de liberté

Chacun fait comme il l'entend. Pour vivre en bonne harmonie, on établit des règles entre les individus basées sur l'échange, des règles de bon commerce entre les gens. La santé est un bien initial. Chacun fait ses choix en fonction de ce capital, des obligations qu'il a contractées (travail, famille, diverses activités) et des moyens dont il dispose (revenus, temps disponible, etc.). Comme il y a des individus qui ont un capital-santé faible, des moyens faibles, il y aurait risque de catastrophe sociale et sanitaire mettant en péril la liberté du plus grand nombre ; on établit alors "un filet de sécurité" pour cette catégorie de personnes défavorisées et démunies.⁴

Je mets en premier le principe d'égalité

La santé pour tout le monde. Le résultat (c'est-à-dire la bonne santé) étant inégal, on conviendra alors d'une égalité de moyens : c'est-à-dire l'accès aux soins égal pour tous. On met en place pour cela des moyens collectifs : une organisation territoriale et un système allocataire qui réduisent les inégalités dues au revenu ou au lieu de résidence.⁵

Je mets en premier le principe d'équité

Certes tout le monde a droit à la liberté mais aussi à l'égalité des chances pour jouir pleinement de cette liberté. La possibilité de choix doit être une réalité pour tous. Je vais en conséquence opérer des compensations en faveur des plus défavorisés (ceux qui ont un capital-santé faible) et des plus démunis (ceux qui ont des moyens faibles). C'est la discrimination positive qui cherche à corriger les inégalités de chances sans léser les plus chanceux.⁶

³- SAILLY J.C., LEBRUN T., Enjeux économiques et questionnements éthiques dans le domaine de la santé. Réflexions d'économistes, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 1988, n° 4, p. 379-393. - *Problèmes économiques*, Inégalités, équité, efficacité, 1995, n°2.413. *Problèmes politiques et sociaux*, La protection sociale : principes, modèles, nouveaux défis, 1997, n°793. - *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 1998, n°1, L'étude des systèmes nationaux de santé, p.31-64. - *Economie et prévision*, 1997, n° 3-4, en particulier : JACOBZONE Stéphane, Systèmes mixtes d'assurance maladie, équité, gestion du risque et maîtrise des coûts, p.189-205. - GADREAU Maryse, SCHNEIDER-BUNNER Claude, L'équité dans le modèles de "concurrence organisée" pour la régulation d'un système de santé, p.221-236.

⁴- ROBERTS L., L'échec de la réforme fédérale de l'assurance médicale aux Etats-Unis, *Problèmes économiques*, 1995, n°2.442, p.27-31.

⁵- *Prévenir*, Inégalités, santé, exclusions, 1995, n°28.

⁶- voir AFFICHARD J., DE FOUCAULD J.B. (dir.) *Justice sociale et inégalités*, Paris, Esprit, 1992.

	la santé est définie comme	les moyens d'accéder à la santé sont
principe de liberté	un capital	les lois du marché + correctifs
principe d'égalité	un droit	la réduction des inégalités
principe d'équité	une égalité des chances	la discrimination positive

3. Le système français

Les constructions éthiques combinent toujours plusieurs principes dans un ordre hiérarchique différent les uns des autres. Ce qui donne des réalisations sociales, des systèmes sociaux, différents. Prenons le système français.

un mixte de différents principes

Son originalité vient de ce qu'il allie plusieurs principes sans faire de choix.

Le **principe égalitaire** est derrière les politiques de santé publique : des équipements de soins répartis sur tout le territoire.

Le **principe de redistribution** s'effectue par le système d'assurances sociales où les prestations sont délivrées en fonction des besoins des gens et non pas en proportion de leurs cotisations sociales.

Ces deux principes s'inscrivent dans une logique de droits garantis par l'Etat.

Le **principe contractuel** se trouve dans les systèmes volontaires d'assurance avec les assurances complémentaires dont les prestations varient selon les types de cotisations et les produits offerts l'assureur. Ce principe s'inscrit dans une logique de marché avec les sociétés d'assurance ou bien dans une logique communautaire avec les mutuelles.

Le **principe de liberté** entre dans les textes juridiques en 1928 : liberté d'installation du médecin généraliste, liberté de prescription, liberté d'honoraires et liberté de choix du médecin par le patient.

Ce système (je parle de celui que l'on est en train de réformer, pas de celui qui se met en place) organise un rapport à l'argent qui est multiple.

A la différence du système américain, il masque en partie le coût des prestations de médecine de ville et totalement le coût des prestations de médecine hospitalière. A la différence des systèmes anglais et allemands, il fait apparaître une transaction patient-médecin avec le choix du médecin et le paiement à l'acte du médecin, ainsi que par les frais pharmaceutiques.⁷

Ces deux systèmes proches de la France connaissent d'ailleurs comme le nôtre des réformes : par exemple en Allemagne, la possibilité de changer de médecin-référent va être un peu plus facile ; le patient pourra demander à sa caisse régionale d'assurance sociale le montant des honoraires qu'elle verse à son médecin ; il pourra adhérer à une caisse d'une autre région que la sienne en fonction du montant des cotisations. S'il n'y a pas comme chez nous un échange de monnaie, il y aura un échange d'information. Tandis que chez nous, on tend à faire disparaître cet échange de monnaie avec les accords de caisses primaires et de mutuelles avec les médecins et les pharmaciens, on tend vers un masque des coûts des actes et des médicaments.

⁷- *Problèmes économiques*, La protection sociale : handicap ou atout économique ?, 1996, n°2-493-2.494. - *Economie et statistique*, Le secteur du médicament : enjeux industriels, santé publique et maîtrise des dépenses, 1998, n°2-3, en particulier : CAVALIE Philippe, Les références médicales opposables : quel impact sur la consommation de médicaments ?, p.85-99. - LECOMTE Thérèse, PARIS Valérie, Le contrôle des dépenses en médicament en Allemagne, en France et au Royaume-Uni, p.101-124.

avantages et inconvénients

Ce système français qui mixte plusieurs principes avait l'avantage de permettre une cohésion sociale :

- chacun y trouvait son intérêt (médecins, salariés, employeurs, mouvement mutualiste),
- les comptes étaient rééquilibrés en permanence : ce que n'assuraient pas les cotisations sociales sur les salaires était couvert par les cotisations volontaires complémentaires ou par l'impôt, etc.

Il n'y a pas de faillite brusque du système français mais pas de réforme en profondeur non plus : on aura très souvent des ajustements plus ou moins faciles techniquement, plus ou moins bien négociés, plus ou moins imposés. Et nous en sommes là.

Ainsi, la 4^{ème} directive européenne en matière d'assurance, qui date de juillet 1994, n'a toujours pas pu trouver d'application en France où trois logiques s'opposent et se complètent : celle des règles du marché, celle des droits garantis et celle de l'esprit mutualiste⁸. L'économie de la santé en France repose sur un jeu d'acteurs où chacun met en avant ses propres principes d'action qui deviennent dans la mise en oeuvre des prérogatives et toute réforme se heurte à ces prérogatives-là : celles des patients, celles des médecins, celles des mutuelles, etc. Et derrière ces prérogatives apparaissent des représentations sociales de la santé différentes, des représentations de la vie sociale différentes, c'est-à-dire des systèmes de valeurs différents.

4. Représentations de la santé

Dans la littérature récente sur le sujet, émergent différentes représentations de la santé que je vais évoquer maintenant.⁹

On peut penser la santé comme un bien de consommation

Le patient va trouver un médecin, il suit son ordonnance ou non, il a une assurance complémentaire plus ou moins importante. Le médecin établit son ordonnance ou oriente le patient vers un confrère.

On constate que celui qui consomme, celui qui décide de ce qu'il consomme et celui qui paie ne sont pas la même personne comme lorsque l'on achète un produit ou un service. Ici celui qui consomme c'est le patient ; celui qui décide de ce qu'il convient de consommer, c'est le médecin ; celui qui paie, c'est l'organisme d'assurance. La santé ne s'inscrit donc pas totalement dans un échange qui suive les règles du marché ; elle n'est pas un bien usuel.¹⁰

On peut penser la santé comme un produit d'assurance

Lorsqu'il y a un risque de dégât prévisible et chiffrable, peut s'organiser un dispositif de prévention et de réparation, avec une garantie de base et des garanties complémentaires.

On constate que dans le dispositif assurantiel de santé :

⁸- DECOURT G., BLANCHER P., *Assurance, vulnérabilité, exclusions*, rapport d'économie et humanisme pour le Programme Interministériel de Recherche sur la Ville, 1997.

⁹- *Problèmes économiques*, 1995, n°2.442, en particulier : KARSTEN Siegfried, Les soins médicaux : bien privé ou bien public ?, p.1-4 (trad.). - FLORI Y.A., GEOFFARD P.Y., Coûts d'une maladie : comment peut-on l'évaluer ?, p.5-8. - CLERC Denis, *Dictionnaire des questions économiques et sociales*, Paris, Atelier, 1998.

¹⁰- *Problèmes politiques et sociaux*, La santé est-elle un marché ?, 1990, n°627.

- le lien entre assuré et organisme payeur s'exprime en termes de prime-remboursement,
- le lien entre assuré et soignant est basé sur la liberté de venir consulter et la liberté de prescrire une ordonnance,
- le lien entre soignant et organisme payeur n'existe pas de manière formelle, même s'il y a prise en charge d'une partie des cotisations sociales des médecins libéraux par les caisses, des négociations, etc..

Dans le dispositif assurantiel d'un sinistre, l'accidenté choisit son réparateur, mais c'est l'assurance qui envoie systématiquement son expert pour estimer à l'avance les coûts de réparation et éventuellement l'assureur imposera des modifications au contrat ou ses exigences en matière de prévention. L'assurance sociale de la santé n'obéit pas à ses règles-là.¹¹

On peut penser la santé comme un système d'information

Le patient connaît seul ses propres comportements ; le médecin possède le savoir médical, l'organisme payeur sait quels sont les coûts. Le patient peut cacher des informations à son médecin et a fortiori à son assurance. Le médecin revendique le secret professionnel.

On constate que dans ce système où les informations sont inégalement partagées, il y a :

- du côté du patient possibilité de surenchère : surconsommation de soins et/ou sur-assurance (risque moral, sélection adverse),
- du côté du médecin possibilité de surproduction de soins prescrits (en volume et en valeur nominale),
- du côté du financeur possibilité de sélection des risques, de diminution des prestations, etc.

Bien sûr il y a des parades : les assureurs ont établi des règles prudentielles et les codes des mutuelles ou des assurances imposent des contraintes ; les médecins ont des références opposables pour leurs prescriptions ; pour les patients il y a parfois obligation de vaccination. Etc.¹²

On peut penser la santé comme un capital

L'individu tire bénéfice de son état de santé pour mener sa vie et la société voit dans la santé un facteur clé de la croissance économique (c'est le scénario 3 du rapport "Santé 2010")¹³. L'individu peut même donner une part de son corps, par exemple par le sang ; et ce peut être même un échange marchand dans la mesure où il est rémunéré pour cela comme dans certains pays.

On constate que ce capital est inégalement réparti et que cette inégalité devient source de désordres : non seulement désordre social dû aux inégalités, mais désordre sanitaire dans la mesure où la mauvaise santé de l'un a des conséquences sur la santé de l'autre (par contagion, transmission...), sur la santé des contemporains et des descendants. La santé n'est donc pas qu'un bien privé.

On peut penser la santé comme un bien public

¹¹ - voir par exemple : MASSON André, Assurance sociale et assurance privée face à la crise de l'Etat providence, *Risques*, 1995, n°24, p.135-156. - *Economie et Statistique*, Economie de la protection sociale : assurance, solidarité, gestion des risques, 1996, n°291-292.

¹²- BEJEAN S., GADREAU M., Information et décision en économie de la santé. Une approche des services médicaux ambulatoires en terme d'agence, *Revue des Affaires Sociales*, 1993, N°2, p.95-108.

¹³- Groupe "Prospective du système de santé" présidé par SIOUBIE R., *Santé 2010*, Paris, La Documentation Française, 1993.

D'une part, la santé appartient à tous sans discrimination, elle entre dans le champ du service public. D'autre part, elle a des externalités qui concerne la collectivité (contagion, financement de la recherche, politique de prévention, conditions de vie, etc.).

On constate que la santé ne devient ce bien public que s'il existe un accord collectif sur sa gestion pour en partager les risques au niveau de la prévention, de la réparation, avec des solidarités en termes de comportements comme de financements. Il y a des conditions précises pour que la santé soit effectivement un bien public.

5. Représentations de la société

L'économie de la santé est un excellent lieu pour comprendre une société : ses valeurs premières, ses principes, son organisation. Actuellement dans la littérature à ce sujet on voit se dessiner des tendances, se reconstituer des courants de pensée. Je cite deux couples d'opposition que la littérature actuelle sur l'économie de la santé révèle.

Société du bien et société du lien

société du bien

Certains disent : la société doit chercher à rendre possible le bonheur de ses membres avec cette conviction que le bonheur des uns fait le bonheur de tous, que l'intérêt général est la somme des intérêts particuliers, que la liberté des individus est le meilleur garant des libertés collectives.

L'économie de la santé dans cette configuration cherchera par des règles simples, souvent celles du marché, à satisfaire les intérêts des uns et des autres : l'intérêt du médecin rencontrant celui du patient. Cela suppose une société où l'argent ne fasse pas défaut pour que l'échange (entre intérêts) soit effectif.

La limite d'une telle société est d'ignorer les différences entre individus et les inégalités de fait qui feront le bonheur des uns mais le malheur des autres.

société du lien

D'autres disent : la société doit organiser le bonheur dans le fait de vivre ensemble, avec des communautés au sein desquelles les individus passent contrat entre eux, des communautés qui expriment une volonté générale qui oriente les actions particulières.

L'économie de la santé suppose sur un bien-être social pour une bonne santé des individus. La monnaie d'échange au sein de la société n'est pas forcément l'argent, mais la participation à la vie commune par des dispositifs d'intégration, de pérennisation, de redistribution.

La limite d'une telle société est que l'individu doive renoncer à une part de lui-même et de ses aspirations pour pouvoir participer aux fruits de la vie collective : une société de devoirs davantage que de bonheur.¹⁴

¹⁴- VAN PARIJS Philippe, *Sauver la solidarité*, Paris, Cerf, 1995. - FARRUGIA Francis, Exclusion : mode d'emploi, *Cahiers internationaux de Sociologie*, 1997, vol.CII, p.29-57. - PLASSARD François, *Le Temps choisi*, Paris, Ch.Léo.Mayer, 1997.

Société de souveraineté républicaine et société de droit

société républicaine

Certains disent : la société doit être à elle-même sa propre fin, car la "chose publique" est l'affaire de tous et de chacun, le peuple en est le souverain.

L'économie de la santé ne privilégie personne, au contraire elle vise à rendre la santé à tous par une répartition égalitaire des équipements sur le territoire (avec des ratios) et une solidarité dans la gestion des risques (solidarité financière, changement des comportements).

La limite d'une telle société égalitaire est qu'il faille qu'aucune "tête ne dépasse" des rangs et qu'elle ne puisse exister que par une volonté forte, parfois "totalitaire", pour que le social passe avant l'individuel.

société du droit

D'autres disent : la société doit fabriquer des normes à partir de valeurs universelles qu'elle reconnaît comme fondements derniers de la vie sociale.

L'économie de la santé se bâtit sur un droit fondamental : celui de vivre en bonne santé. Elle organise donc l'accès de l'ensemble des individus à l'ensemble des moyens d'accès aux soins, au savoir médical.

La limite d'une telle société où l'universel passe avant le social est qu'elle ne rencontre pas toujours l'assentiment social, celui de certains groupes ou de certaines générations. C'est une société où tous ont des droits et où l'on ne sait pas trop qui doit les mettre en oeuvre. Or, il ne saurait exister de droit sans devoir correspondant, sans volonté sociale donc pour mettre en oeuvre ces droits.¹⁵

CONCLUSION

Vous l'avez entendu, l'étude de l'économie de la santé pour nous n'est pas seulement l'analyse des mécanismes d'un système et de ses performances. Les études d'efficacité sanitaire, d'efficience (le rapport moyens/résultats), de pertinence, de gains et d'avantages, d'utilité sociale, de coûts comparés, etc., ne sauraient tout dire d'une économie de la santé¹⁶. Ce sont des outils pour préciser le prix de la santé¹⁷. Il convient ensuite de débattre avec nos concitoyens de cette question : quel prix a votre santé, celle des autres habitants de la planète, celle des générations futures ? Quelles valeurs voulez-vous promouvoir, quelles règles feront qu'une économie de la santé soit humaine à vos yeux ?

Je vous invite dans les ateliers non pas à discourir des valeurs et des principes en général (cela on y arrive toujours, c'est ce que je viens de faire). Il ne s'agit pas de discours édifiants sur les valeurs : les miennes ou celles des autres. Mais plutôt d'examiner des pratiques concrètes, à la fois nos

¹⁵- TOURAINE Alain, *Pourrons-nous vivre ensemble ?*, Paris, Fayard, 1997.

¹⁶- voir par exemple : EL BINDARI-HAMMAD A., SMITH D.L., *Evaluation des soins de santé primaire*, Genève, O.M.S., 1992. - CASTIEL Didier, Quelques réflexions éthiques sur les outils de l'analyse économique en médecine : âge, justice, équité, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 1993, n°4, p. 321-343.

¹⁷- voir par exemple : *Esprit*, La santé, à quel prix ?, 1997, n°2, p.13-105

comportements privés et les dispositifs collectifs, pour discerner quels principes guident notre action, au nom de quelles valeurs mettons-nous en oeuvre ces principes.

BIBLIOGRAPHIE

- AFFICHARD Joëlle, DE FOUCAULD Jean Baptiste (dir.), Justice sociale et inégalités, *Esprit*, Paris, 1992, 270 p.
- BOITTE Pierre, *Ethique, justice et santé*, Artel-Fides, 1995, Namur Montréal, 272 p.
- *Cahiers de sociologie et démographie médicales*, n° 1, 1998, L'étude des système nationaux de santé, p. 31-64.
- CASTIEL Didier, Quelques réflexions éthiques sur les outils d'analyse économiques en machine : âge, justice, équité, *Cahiers de sociologie et démographie médicales*, 1993, n° 4, p. 321-343.
- CLERC Denis, *Dictionnaire des questions économiques et sociales*, Paris, Atelier, 1998.
- *Colloque Centre Thomas More*, Assurer la santé en Occident ?, Evéux, janvier 1997 (non paru).
- Conférence Nationale de Santé, *Réduire les inégalités de santé inter et interrégionales*, *Rapport 1997*, 1997, p. 25-27.
- CORDIER Alain, La santé est elle un marché ?, *Problèmes économiques et sociaux*, n° 627, La Documentation Française, 1990, 61 p.
- CREESE Anne, PARKER David, *Analyse des coûts dans les programmes de soins de santé primaires*, O.M.S., Genève, 1995, 158 p.
- DE KERVASDOUE J., KIMBERLY J., RODWIN V., *La santé rationnée ?*, Economica, Paris, 1981, 240 p.
- *Economie et Prévision*, 1997, n° 129-130, Nouvelles approches micro-économiques de la santé, 275 p.
- *Economie et Statistique*, 1996, n° 291-292, Economie de la protection sociale : assurances, solidarité, gestion des risques.
- *Economie et Statistique*, 1998, n° 312-313, Le secteur du médicament : enjeux industriels, santé publiques et maîtrise des dépenses, 140 p.
- EL BINDARI-HAMMAD A., SMITH D., *Evaluation des soins de santé primaires. Guide de l'enquêteur*, O.M.S., Genève, 1992, 226 p.
- *Esprit*, 1997, n° 2, La santé, à quel prix ?, p. 13-105.
- FARRUGIA Francis, Exclusion : mode d'emploi, *Cahiers internationaux de sociologie*, 1997, vol. CII, p. 29-57.
- FRAYSSE Olivier, La crise du système de santé aux Etats Unis, *Problèmes économiques et sociaux*, 1995, n° 744, La Documentation Française, 82 p.
- GADREAU Maryse, BEJEAN Sophie, Asymétries d'information et régulation en médecine ambulatoire, *Problèmes économiques* n° 2296, La Documentation Française 1992, p. 9-14, paru dans la Revue d'Economie Politique, mars-avril 1992.
- GADREAU Maryse, SCHNEIDER-BUNNER Claude, L'équité dans le modèle de "concurrence organisée" pour la régulation d'un système de santé, *Economie et Prévision*, 1997, n° 129-130, p.221-237.
- Haut Comité de la Santé Publique, *Inégalités sociales et géographiques*, septembre 1996.
- HOLCMAN Robert (dir.), La protection sociale : principes, modèles, nouveaux défis, *Problèmes politiques et sociaux* n° 793, La Documentation Française, 1997, 78 p.
- KARSTEN Siegfried G. Les soins médicaux : bien privé au bien public ?, *Problèmes économiques* n° 2 2442, La Documentation Française, 1995, p. 1-4, paru dans The American Journal of Economics and Sociology, avril 1995.
- MALLET Jean-Olivier, CHAPERON Jacques, L'expérience italienne d'un système sanitaire national à des formes différenciées de prise en charge, *Cahiers de sociologie et démographie médicales*, 1993, n° 4, p. 361-378.
- MASSON André, Assurance sociale et assurance privée face à la crise de l'Etat providence, *Risques* n° 24, A.F.S.A., 1995, p. 135-156.
- PIERSON Paul, L'économie politique de la crise de l'Etat providence, , *Problèmes économiques*, n° 2487., La Documentation Française, 1996, p. 12-19, paru dans World Politics, janvier 1996,
- PLASSARD François, *Le Temps choisi*, Paris, Ch.léo.Mayer, 1997.

- *Prévenir*, 1995, n° 28, Inégalités, santé, exclusion, 208 p.
- *Prévenir*, n° 30, 1996, La santé. Usages et enjeux d'une définition, 248 p.
- *Problèmes économiques* n° 2413, Inégalités, équité, efficacité, La Documentation Française, 1995, 32 p.
- *Problèmes économiques* n° 2442, Economie de la santé, La Documentation Française, 1995, 32 p.
- *Problèmes économiques* n° 2493-2494, La protection sociale. Handicap ou atout économique ? La Documentation Française, 1996, 80 p.
- *Projet*, 1992, n° 230, Santé, valeur en hausse, p. 4-104.
- *Projet*, 1995, n° 242, Protection sociale : au politique de tranche, p. 8-102.
- *Revue Française des Affaires Sociales*, 1993, n° 2, Quelques réflexions en économie de la santé, p. 3-219.
- ROCHAIX Lise, Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports des théories des contrats, *Economie et Prévision*, 1997, n° 129-130, p.11-24.
- SAILLY J.C., LEBRUN T., Enjeux économiques et questionnements éthiques dans le domaine de la santé, *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, 1998, n° 4, p. 379-394.
- SOUBIE Raymond (dir.), *Santé 2010, rapport du groupe "prospectif du système de santé"*, La Documentation Française, 1993, Commissariat au Plan, 151 p.
- SZIJ Eric, Enjeux d'une politique de réduction des inégalités, *Regards sur l'actualité*, juin 1994, La Documentation Française, p. 31-45.
- *Territoires*, 1996, n° 365 Santé, premiers pas vers la citoyenneté,.
- TOURAINE Alain, *Pourrons-nous voir ensemble ?*, Fayard, Paris, 1997.
- VAN PARIJS Philippe (dir.), *Ni ghetto ni tour d'ivoire. L'éthique économique et sociale aujourd'hui*, Academia, Louvain, 1993, 137 p.
- VAN PARIJS Philippe, *Sauver la solidarité*, Cerf, Paris, 1995, 100 p.

sommaire

INTRODUCTION	1
Une économie humaine de la santé	1
La construction éthique	1
Des éthiques différentes	2
La tâche politique	2
Construire une économie de la santé	2
1. PRINCIPES D'ACTION	3
A chacun selon son mérite	3
A chacun selon ses moyens	3
A chacun selon son dû	3
A chacun selon ses besoins	3
A chacun selon son choix	4
2. CONSTRUCTION ÉTHIQUE	4
Je mets en premier le principe de liberté	4

Je mets en premier le principe d'égalité	4
Je mets en premier le principe d'équité	4
3. LE SYSTÈME FRANÇAIS	5
un mixte de différents principes	5
avantages et inconvénients	6
4. REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ	6
On peut penser la santé comme un bien de consommation	6
On peut penser la santé comme un produit d'assurance	7
On peut penser la santé comme un système d'information	7
On peut penser la santé comme un capital	7
On peut penser la santé comme un bien public	8
5. REPRÉSENTATIONS DE LA SOCIÉTÉ	8
Société du bien et société du lien	8
société du bien	8
société du lien	8
Société de souveraineté républicaine et société de droit	9
société républicaine	9
société du droit	9
CONCLUSION	9
BIBLIOGRAPHIE	10

Georges Decourt
intervention aux
26èmes journées d'éthique
« L'argent et la Santé » approche sociologique
4 octobre 1997