GRIS

Groupe
de recherche
interdisciplinaire
en santé

L'économique face à la santé

Delphine Arweiler
Département d'administration de la santé
Faculté de médecine

T02–09

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
En Santé publique
Option : *Organisation des soins*

W
74
A794
2002

Université de Montréal
Faculté de médecine
Secteur santé publique

INSPQ - Montréal
3 5567 00000 4926

W
74
A74
2002

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

L'ÉCONOMIQUE FACE À LA SANTÉ

par

Delphine Arweiler

Thèse de doctorat effectuée en cotutelle

Au

Département d'administration de la santé

Faculté de Médecine

Université de Montréal

ET

Faculté de Droit, d'Économie et de Gestion

Université de Bretagne Occidentale

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal

En vue de l'obtention du grade de PhilosophiæDoctor (Ph.D)

En Santé Publique, option Organisation des soins

et à

l'Université de Bretagne Occidentale en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences Économiques

août 2002

© Delphine Arweiler, 2002

Université de Montréal
Faculté des Études Supérieures

Et

Faculté de Droit, d'Économie et de Gestion
Université de Bretagne Occidentale

Cette thèse intitulée

L'Économique face à la santé

présentée et soutenue à l'Université de Montréal par :

Delphine Arweiler

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Président-rapporteur et membre du jury	Raynald Pineault, Professeur titulaire, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal
Directeur de recherche	André-Pierre Contandriopoulos, Professeur titulaire, Département d'administration de la santé, Université de Montréal
Directeur de recherche	Lise Rochaix, Professeur, IDEP-GREQAM, Université de la Méditerranée
Membre du Jury	Gilles Bibeau, Professeur titulaire, Département d'anthropologie, Université de Montréal
Examinateur externe	Martine Bungener, Directrice, Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société, CNRS UMR 8559 – EHESS – INSERM U 502
Représentant du doyen de la FES	

Résumé

Cette thèse montre comment l'Économique intègre la santé dans son corps théorique alors que l'économie de la santé peut être considérée comme une sous-discipline organisée de l'Économique. Il s'agit plus précisément de documenter cette étape du raisonnement économique où l'économiste doté d'un corps théorique et de méthodes économiques doit y incorporer l'objet étudié, ici la santé. Deux questions de recherche sont posées : 1) quelles sont les interactions entre l'Économique et la santé dans l'élaboration de théories économiques et 2) quels sont les choix de pratique qui se posent à l'économiste à cette étape du raisonnement économique où il intègre la santé aux théories économiques ? La réponse ne peut se faire que par une bonne connaissance de la santé. La première étape de cette thèse consiste donc à réunir et articuler des connaissances multidisciplinaires sur la santé. La santé est d'abord saisie au niveau individuel et est vue comme un lien normatif entre l'individu biologique et l'individu psychosocial. Elle est ensuite interprétée comme une norme collective et l'on voit une santé en quête d'État. On examine alors quel a été le traitement de la santé en économie de la santé. On constate que l'Économique a retenu certaines dimensions de la santé comme l'incertitude, les externalités et l'asymétrie d'information. Mais en même temps, elle a imposé une dimension économique à la santé en l'interprétant parfois comme une fonction de production ou une variable économique. Enfin, au niveau méthodologique, il apparaît que l'économiste fait des choix de pratique dont quatre ont été développés dans cette thèse : 1) le choix d'une conception particulière de la santé, 2) un choix éthique qui porte aussi bien sur les fins poursuivies par l'individu et par la société que sur un critère particulier d'allocation des ressources dépendant de la conception de la santé retenue, 3) un choix entre l'orthodoxie économique et la multidisciplinarité quant aux dimensions de la santé retenues, et 4) le choix d'un certain niveau de réalisme des hypothèses sur la santé.

Mots clés : santé, Économique, norme, Etat, économie de la santé, éthique, réalisme, multidisciplinarité, hypothèses théoriques, méthodologie économique

Abstract

This thesis shows how economics integrates health since health economics can be considered as an organized sub-discipline of economics. More precisely, it studies the stage of economic reasoning where the object of the study, ie. health, and economic theories and methods are fused together. Two research questions are asked : 1) what are the interactions between economics and health in economic theories elaboration ? 2) What choices of practice are made by the economist when he integrates health in his economic reasoning ? A clear knowledge of health is needed to answer these two questions. The first step of this thesis, therefore, is to bring together and articulate multidisciplinary knowledge concerning health. First, health is considered at the individual level and is defined as a normative link between the biological individal and the psychosocial individual. Second, health is interpretated as a collective norm in search of State. Next, we examine how health is treated in health economics. Economics has retained some dimensions of health such as uncertainety, externalities and the asymetry of information. At the same time economics has imposed an economic dimension to health by at times interpretating health as a function of production or as an economic variable. Finally, at a methodological level, it appears that economists make certain choices of pratice. Four choices are developed here : 1) the choice of a particular conception of health, 2) an ethical choice about individual and collective ends as well as the choice of a particular criterion of resources allocation when defining health, 3) a choice between economic orthodoxy and multidisciplinarity in regards to the selection of health dimensions, and 4) the choice of a level of realism of hypothesis of health in economic works.

Key words : health, economics, norm, State, health economics, ethics, realism, multidisciplinarity, theoretical hypothesis, economic methodology.

Table des matières

Introduction.....**1**

Avant-propos méthodologique.....**4**

CHAPITRE 1 : Éléments constitutifs d'un espace normatif personnel de la santé.....**19**

1.1. Santé et maladie.....20

1.1.1. Entre santé négative et santé positive.....20

1.1.2. Homogénéité ou hétérogénéité de la santé et de la maladie.....22

1.2. Deux propositions pour saisir la santé comme norme.....24

1.3. La santé, une norme biologique.....27

1.3.1. L'adaptation biologique.....27

1.3.2. L'autonomie biologique.....29

1.3.3. La santé, une norme biologique 31

1.4. La santé, une norme psychosociale.....32

1.5. La santé, lien déterministe entre les individus psychosocial et biologique.....34

1.6. La santé comme lien normatif entre les individus biologique et psychosocial...37

1.7. Conclusion.....40

CHAPITRE 2 : La santé en quête d'État.....**42**

2.1. Le bio-pouvoir et les politiques de santé publique.....43

2.1.1. Le bio-pouvoir.....43

2.1.2. Faut-il en conclure au grand méchant loup de la santé publique ?.....46

2.1.3. Une tension persiste-t-elle entre santé publique et santé personnelle ?48

2.2. Un droit à la santé ?.....50

2.2.1.Un droit à la santé relatif.....50

2.2.1. La santé, une valeur universelle.....51

2.2.1. Les obstacles à un droit à la santé.....55

2.3. Le droit aux soins comme expression du « droit » à la santé : l'exemple du Canada.....57
2.3.1. La Loi Canadienne sur la santé.....57
2.3.2. Un droit aux soins fragile.....59
2.3.2.1. Une crise des finances publiques.....59
2.3.2.2. Une crise de l'Etat-Providence.....60
2.3.2.3. Une crise de la régulation du système de soins.....63
2.4. Conclusion.....66

CHAPITRE 3 : Le miroir économique de la santé.....69
3.1. l'économie de la santé.....70
3.1.1. Délimitation du domaine de l'économie de la santé à partir de ses pratiques économiques.....70
3.1.2.Délimitation du domaine de l'économie de la santé à partir de l'objet étudié.....72
3.1.3. Les manuels d'économie de la santé.....78
3.2. La santé dans le corps théorique économique.....81
3.2.1. Les représentations sociales de la santé dans l'Économique.....82
3.2.1.1.L'absence de maladie.....82
3.2.1.2. Le capital santé.....83
3.2.1.3. L'équilibre.....84
3.2.2. Les caractéristiques de la santé retenues dans l'économie des soins....87
3.3. Le traitement économique des caractéristiques de la santé : l'exemple de l'incertitude.....90
3.3.1. La construction théorique de l'individu : la souveraineté et la rationalité du consommateur.....91
3.3.2. La relation d'agence entre le patient et le médecin.....94
3.3.3. La nature du bien échangé.....98
3.3.4. L'interdépendance des dimensions individuelles et collectives de la santé.....99

3.4. Les dimensions économiques de la santé : l'exemple des notions économiques de variable et de fonction de production.....101
3.4.1. La santé comme variable économique.....101
3.4.2. La santé dans une modélisation de fonctions de production.....104
3.4.3. La santé comme fonction de production.....108
3.5. Conclusion.....110

CHAPITRE 4 : Le choix de la santé: un choix d'Économique.....112
4.1. Le choix économique d'une conception de la santé.....113
4.1.1. La santé, un concept multidimensionnel.....113
4.1.2. Les représentations sociales de la santé dans l'Économique.....115
4.2. Un choix éthique.....117
4.2.1. Travailler sur la santé, c'est travailler sur une norme.....118
4.2.2. La santé comme finalité de la société.....119
4.2.3. Définir la santé, c'est définir un critère d'allocation des ressources...121
4.3. Le choix entre orthodoxie économique et multidisciplinarité.....124
4.3.1. Orthodoxie et multidisciplinarité.....124
4.3.2. La multidisciplinarité du champ de la santé : l'exemple de l'État.....128
4.4. Le choix d'un certain niveau de « réalisme ».....129
4.4.1. Le réalisme des hypothèses dans la logique économique.....130
4.4.2. l'exemple de la conception de la personne.....132
4.4.3. Vers plus de « réalisme » ?.....136
4.5. Conclusion.....137

Conclusion.....139

Remerciements

Je remercie André-Pierre Contandriopoulos et Lise Rochaix de m'avoir dirigée dans ce travail. Le sujet de cette thèse a évolué pendant toute sa rédaction et ils ont accepté de me laisser cet espace de liberté pour les avancées, les retours en arrière et les bifurcations de mon raisonnement. Dans ce cheminement, je me suis éloignée de la science économique pour une réflexion pluridisciplinaire et je les remercie d'avoir levé les frontières disciplinaires pour que mon travail trouve sa propre place.

Plusieurs autres personnes sont intervenues au cours de l'élaboration de cette thèse, chacune apportant l'expertise de sa discipline. Les rencontres entre disciplines ne sont jamais évidentes, tant les schémas mentaux et le vocabulaire peuvent être différents. J'ai eu la chance de rencontrer à chaque fois intérêt, patience et compréhension.

Pour la rédaction du premier chapitre sur la santé comme norme personnelle, je remercie Henri-Noël Charitat qui m'a consacré une journée entière afin de valider ma revue de littérature sur la santé à partir de son point de vue de philosophe. Je remercie également Gilles Bibeau, qui a bien accepté de lire la version finale de ce chapitre pour confirmer que ce texte tenait bien la route.

La rédaction du second chapitre est partie d'une discussion que j'ai eu avec deux politologues, Maxime Dury et Jean-Claude Fritz, sur la possibilité d'envisager la santé comme une norme collective. Je les remercie pour leur patience devant mes questions qui partaient dans tous les sens. Je remercie également Patrick Chabot pour les discussions que nous avons eues sur l'État et la santé publique. Son point de vue de sociologue m'a permis d'articuler ce chapitre...et d'en trouver une fin. J'aimerais enfin remercier Jacques Beauchemin qui m'a conseillé des références de travaux relatifs à la conception de l'État dans les politiques sociales québécoises.

Le troisième chapitre sur l'intégration de la santé dans la théorie économique a suscité l'intérêt de Jean-François Labadie qui m'a mis en contact avec Paul Sabourin qui travaille sur la sociologie de l'économie. Celui-ci m'a donné de judicieux commentaires sur l'économie et ma pratique. Je les remercie tous deux pour leurs commentaires constructifs. Ce chapitre a été également discuté lors d'un séminaire en promotion de la santé de l'Université de Montréal. Je remercie les participants pour leurs commentaires qui m'ont permis de « confronter » les pratiques de la santé publique aux pratiques de l'Économique.

Je remercie également l'Institut Canadien de Recherches Avancées ainsi que le Secteur de la Santé Publique de l'Université de Montréal qui m'ont accordé une bourse pour financer en partie mon doctorat.

Avant d'être une thèse achevée, cette thèse a été une thèse abandonnée. C'est pourquoi j'aimerais exprimer une reconnaissance particulière à Sylvie Fourier et Ludovic Desmedt, mes amis des premières années universitaires qui, en France, m'ont « remis en selle » en m'accueillant dans leur petit cercle d'amis universitaires. Merci Ludo pour notre abondante correspondance d'économistes désireux de parler de la vie.

J'aimerais également remercier Judith Lapierre et Delphine Morey qui, au Québec et en France, m'ont donné leur amitié si riche et une famille d'adoption, ainsi que Christophe Bedos et Lorna Hutchison qui m'ont ouvert leur maison.

Cédric, toujours là, merci. Une belle leçon de vie.

Mes trois tantes Josyane Arweiler Schmitt, Bernadette Roussel et Jeanine Kallenborn. Oui, je suis partie, mais j'ai simplement hérité de votre caractère.

Je remercie également pour leur amitié, leurs encouragements et leur aide Mike Benigeri, Éric Breton, Astrid Brouselle et Damien Contandriopoulos, Linda Cazale, Béatrice Degrange, Marie-Josée Fleury, Anne Guichard, Corinne et Claude Laurent, Lionel et Nathalie Mommessin, Marie-Pierre Moreault, Michèle Paré, Marie-Pascal Pomey, Michel Proulx, Charo Rodriguez, Isabelle Trabut.

Enfin, j'aimerais remercier Linette Cohen pour ses encouragements ainsi que Lorraine Trudeau et Jean-Guy Bouchard pour leur patience face aux extravagances de mon ordinateur. Milles merci à France Pinsonnault pour avoir résolu aussi efficacement tous mes problèmes administratifs.

Je ne t'ai donné ni visage, ni place qui te soit propre , ni aucun don qui te soit particulier, ô Adam, afin que ton visage, ta place, et tes dons, tu les veuilles, les conquières et les possèdes par toi-même. Nature enferme d'autres espèces en des lois par moi établies. Mais toi, que ne limite aucune borne, par ton propre arbitre, entre les mains duquel je t'ai placé, tu te définis toi-même. Je t'ai placé au milieu du monde, afin que tu puisses mieux contempler ce que contient le monde. Je ne t'ai fait ni céleste, ni terreste, mortel ou immortel, afin que de toi-même, librement, à la façon d'un bon peintre ou d'un sculpteur habile, tu achèves ta propre forme.

Pic de la Mirandole – Oratio de hominis dignitate
Trad. Marguerite Yourcenar – L'œuvre au noir

INTRODUCTION

Les économistes sont-ils en mesure de parler de la santé ? Ne vont-ils pas transformer le système de santé en un système où la logique économique domine, qui plus est une logique marchande, fondée sur le profit plutôt que sur le besoin, où le souci d'efficacité prime sur celui d'équité ? Parfois objet de crainte, la présence de l'Économique dans les analyses du système de santé et dans l'élaboration des politiques de santé répond également à un besoin. Elle donne des réponses à la rhétorique de la crise financière du système de soins, elle évalue les coûts et les avantages des programmes de santé, elle cherche une meilleure forme d'allocation des ressources en étudiant le financement du système de santé, les modes de paiement des ressources etc. Que penser de la validité de ces réponses ?

Précisons d'abord le terme Économique. On préférera parler de l'Économique plutôt que de la science économique parce que ce terme nous paraît plus englobant que celui de science économique qui est souvent assimilé à la construction de modèles mathématiques de micro- et de macro-économie. Quant au terme d'économie politique, on peut lui attribuer deux connotations. L'utilisation de ce terme pour qualifier la discipline qui étudie la production et la répartition des richesses est de moins en moins fréquente dans les départements universitaires d'économie. D'ailleurs, dans les titres des principaux ouvrages sur la méthodologie économique, le terme d'économie politique est principalement employé dans les ouvrages du XIXe siècle et du début du XXe siècle. D'autre part, l'économie politique peut également couvrir toutes les études sur les jeux de pouvoir entre les acteurs mais c'est une dimension que nous n'aborderons pas dans notre travail même si nous sommes convaincus que l'économique et le politique sont inextricablement liés.

L'économie de la santé étant une sous-discipline de l'Économique, on est en droit de penser que l'Économique a construit un discours cohérent sur la santé. Quel est ce discours ? Sur quelle vision de la santé s'appuie-t-il ? Quels sont les champs

d'application des politiques qui en découlent ? Si l'on examine de plus près le raisonnement économique, on peut identifier une étape de ce raisonnement où l'économiste, doté d'un corps théorique et de méthodes économiques, doit y incorporer le concept de santé que ce dernier soit véritablement l'objet de son étude ou un concept « satellite » de son analyse. Malheureusement, il s'agit d'une étape du raisonnement économique qui demeure le plus souvent implicite même si cette étape conditionne très largement la vraisemblance des réponses que l'Économique donne aux questions que pose l'évaluation des systèmes de santé dans tous les pays. Dès lors deux questions que nous chercherons à clarifier se posent:

1) Quelles sont les interactions entre l'Économique et la santé dans l'élaboration du corpus théorique de l'économie de la santé ?

2) Quels sont les choix de pratique qui se posent à l'économiste à cette étape du raisonnement économique où il intègre la santé aux théories économiques.

C'est ainsi que se construit une dialectique entre la santé et l'Économique. L'Économique, en tentant d'incorporer la santé à son corps théorique reconstruit la santé mais cette dernière, par ses particularités interroge en même temps les pratiques de l'Économique. Alors que la santé construite dans l'Économique est l'image de la santé se réfléchissant dans un « miroir économique », elle est elle-même ce miroir par lequel l'Économique peut se réfléchir. Cette dialectique entre la santé et l'Économique ouvre un véritable questionnement épistémologique sur la micro-économie dominante en économie de la santé (de Pouvourville et Contandriopoulos, 2000).

Cette recherche permettra d'une part de documenter un « point de friction » entre un objet d'étude, la santé, et la discipline qui la conceptualise mais aussi entre l'Économique et les autres disciplines qui étudient et construisent la santé. D'autre part, elle se veut un rappel à l'économiste de ses choix théoriques et méthodologiques quand il travaille sur la santé. Ainsi cette problématique nous permettra en dernier

ressort d'identifier certains types de barrières à l'évolution de l'Économique et devrait permettre à l'économiste de la santé de mieux comprendre sa démarche personnelle au sein de l'Économique.

La lecture de l'Économique que nous allons faire pour y retrouver une ou plusieurs conceptions de la santé ne peut se faire sans une grille de lecture préalable de ce que peut être la santé. Dans un premier temps, nous allons donc réfléchir sur ce qu'est la santé et, pour articuler cette réflexion, le premier chapitre réunira des éléments centraux à la compréhension de la santé au niveau de la personne. Le second chapitre discutera de la santé entendue comme une norme au niveau collectif et la montrera en quête d'État. Les deux chapitres suivants pourront alors traiter de l'Économique face à la santé. Le troisième chapitre mettra en évidence la santé dans les théories économiques et plus particulièrement les conceptions et les caractéristiques de la santé retenues par l'Économique et les dimensions économiques qu'elle impose à la santé. Le quatrième chapitre qui se situe au niveau méthodologique mettra en évidence quatre types de choix que l'économiste fait lorsqu'il travaille sur la santé, 1) le choix d'une conception particulière de la santé, 2) un choix éthique, 3) le choix entre l'orthodoxie économique et la multidisciplinarité et 4) le choix d'un certain niveau de « réalisme ». Nous verrons alors que chaque type de choix a des répercussions en termes de politiques de santé.

AVANT-PROPOS MÉTHODOLOGIQUE

1. La démarche intellectuelle

La construction de la problématique

Afin de rendre notre démarche intellectuelle plus intelligible, il nous semble judicieux de commencer par exposer l'évolution de la construction de notre problématique parce qu'

> « aucune idée isolée ne porte en soi la marque de son objectivité. À toute idée il faut adjoindre une histoire psychologique, un processus d'objectivation pour indiquer comment cette idée est parvenue à l'objectivité. Si intuitive que soit l'origine d'une idée, aucune contemplation ne nous livre cette idée d'emblée » (Bachelard, 1934-35).

Nous travaillons à un niveau que l'on pourrait qualifier d'épistémologique puisque notre propos porte sur la construction des connaissances scientifiques et en l'occurrence les choix de l'économiste quant à la place et au traitement qu'il accorde à l'objet dans son analyse, cet objet étant dans notre étude la santé. Mais cette problématique épistémologique ne s'est pas imposée à nous ex-nihilo. Elle est profondément inhérente à notre propre pratique de l'Économique. C'est pourquoi il nous semble important d'exposer le cheminement de notre raisonnement qui part d'un problème économique précis et qui aboutit à une problématique d'ordre épistémologique qualifiée dans l'Économique de problème méthodologique qui aura des répercussions pratiques

Le sujet de départ de cette thèse était l'équité dans le système de santé. À partir d'un examen attentif des approches théoriques sur la justice, il s'agissait de construire une grille d'analyse théorique de l'allocation des ressources dans le système de santé pour ensuite l'appliquer dans une étude de cas. Notre point de vue étant au départ économique, il nous fallait également nous construire un point de vue éthique. Lors de l'examen des ouvrages sur la justice sur un rayon de la bibliothèque, l'ouvrage de

Sen *Inequality Reexamined* a attiré notre attention par les ponts qu'il faisait entre l'économie et l'éthique et par la clarté de son propos. Les lectures suivantes de ce même ouvrage nous ont convaincues de la pertinence d'utiliser cette approche dans une analyse du système de santé, la santé étant par ailleurs abondamment citée comme exemple dans cet essai.

Pour élaborer le traitement de ce sujet sur l'équité nous avons alors décidé d'adopter la même démarche que Sen qui se situe toujours par rapport aux autres développements théoriques en économie et en éthique. L'objectif de notre travail devenait donc d'examiner l'apport de l'approche de Sen et les remises en question qu'elle entraînait par rapport aux approches adoptées en économie de la santé. La théorie économique néoclassique apparaissant être la théorie économique dominante en économie de la santé, nous avons alors décidé d'étudier dans un exercice de comparaison l'approche de Sen et la théorie néoclassique du point de vue de l'équité qu'elles impliquent au niveau de l'allocation des ressources dans le système de santé. Le premier point de comparaison entre les deux est tout de suite paru évident. L'un des premiers chapitres de *Inequality Reexamined* était *Equality of what ?* En effet, égalité de quoi , ce quoi pouvant être la santé ? Que veut-on exactement égaliser lorsqu'on vise l'égalité par rapport à la santé ? Ceci suppose que l'on ait une définition précise de la santé et une bonne connaissance de son phénomène et de ses mécanismes afin d'allouer les ressources vers ses déterminants. Or il est vite apparu qu'en économie de la santé, toute référence à la santé était la plupart du temps implicite. Ce qui nous a amené à la question : quelle est la santé que l'on retrouve dans l'Économique ?

Dès lors a commencé pour nous une véritable exploration de champs nouveaux. Chaque point que nous voulions aborder nécessitait une réponse à des questions que l'on pourrait situer en amont, tant parce qu'elles sont un pré requis à notre raisonnement que parce qu'elles se rapprochent de plus en plus d'un niveau quasi-épistémologique et d'un niveau où ce sont les visions sous-jacentes aux théories qui

nous intéressent. C'est ainsi que nous sommes retournés à des écrits sur la santé issus de plusieurs disciplines pour comprendre ce qu'était la santé et ensuite l'expliciter dans l'approche de Sen et dans la théorie néoclassique. Mais immédiatement une question s'insinuait dans cette démarche : si l'on travaille sur deux approches économiques et éthiques différentes, celles-ci ont-elles une conception différente de la santé ? Ce questionnement était renforcé par les lectures faites sur la santé d'où différentes conceptions de la santé en sont ressorties notamment les trois représentations sociales de la santé mises en évidence par Herzlich (1969). Ces lectures révélaient également comment toute une vision du monde était en fait synthétisée dans le concept de santé. S'en est alors suivie la rédaction des deux premiers chapitres de cette thèse qui tentaient de réunir une quantité suffisante d'informations sur la santé pour être utilisées dans un cadre économique. Nous avons distingué la santé comme norme personnelle et la santé comme norme collective parce que cette distinction s'avère une articulation centrale de la pensée en science sociale.

Le glissement s'est alors fait vers ma propre pratique de l'Économique. Quelle est la conception de la santé que j'utilise dans mes travaux en économie de la santé ? Je dois non seulement m'interroger sur mon discours économique mais aussi sur mon discours sur la santé. Que fais-je donc dans ma pratique que je ne vois pas au premier niveau de mon analyse ? Il est alors apparu que notre travail sur l'équité dans le système de santé comportait deux niveaux du discours, le premier sur l'allocation des ressources et un second sur ma conception de la santé. Il n'était pas alors possible de continuer de travailler sur l'équité sans avoir mis en évidence ce deuxième niveau de discours qui dans notre démarche se concentre sur la santé. La première partie de ce questionnement se retrouve dans notre troisième chapitre où nous avons regardé comment la santé était effectivement conceptualisée dans la théorie économique dominante.

Notre sujet a par la suite dérivé vers un niveau plus épistémologique dans le sens où nous nous sommes finalement attaché à la construction des connaissances

économiques en partant de la conceptualisation de la santé. Il nous fallait alors insérer la santé (et tout ce que nous avions écrit précédemment) dans un discours de méthodologie économique afin de rendre compte des particularités méthodologiques que le concept de santé imposait à l'économique. Nous avons fait la liste de tous les éléments sur la santé extraite des deux premiers chapitres qui nous semblaient poser des questions à l'économique. Par exemple, la santé définie comme norme dirige notre réflexion vers la distinction entre l'économie positive et l'économie normative. De la même manière, nous avons lu les manuels de méthodologie économique en faisant la liste de tous les éléments qui nous semblaient trouver un écho dans ce que nous avions écrit sur la santé. Nous avons par la suite catégorisé toute cette information. Aiguillée par notre troisième chapitre qui montrait une partie de la pratique des économistes vis-à-vis de la santé dont le choix des dimensions de la santé retenues dans le corps théorique et le choix des représentations sociales de la santé utilisées par les économistes, il s'est révélé que ces catégories pouvaient encore être synthétisées et interprétées en termes de choix de pratique. Le quatrième chapitre pouvait donc être structuré à partir de ces quatre choix 1) le choix d'une conception de la santé, 2) le choix éthique, 3) le choix entre l'orthodoxie économique et une multidisciplinarité et 4) le choix d'un certain niveau de réalisme.

C'est après avoir traité toute cette information et mis en évidence ce choix de pratique qu'il a été possible de reconstituer les deux questions de recherche :

1. Quelles sont les interactions entre l'Économique et la santé dans l'élaboration des théories en économie de la santé ?
2. Quels sont les choix de pratique qui se posent à l'économiste à cette étape du raisonnement économique où il intègre la santé aux théories économiques ?

C'est alors un raisonnement itératif qui s'est mis en place où les analyses précisaient les questions de recherche qui, elles-mêmes orientaient et permettaient de circonscrire notre travail. Nous avons par conséquent adopté une démarche intellectuelle où, à partir d'un questionnement et d'un raisonnement « en cascade », nous avons récolté un vaste ensemble de connaissances sur la santé, l'Économique et leur interaction ;

Nous avons en quelque sorte laissé parler les données pour décider leur exploitation et déterminer les questions de recherche parce qu' « il faut errer pour aboutir » (Bachelard, 1934-35).

Un questionnement d'ordre épistémologique

La santé oblige l'Économique à parler d'elle-même et à l'économiste à réfléchir sur sa pratique vis-à-vis de la santé.

La démarche ainsi entreprise est un questionnement d'ordre épistémologique où l'on s'interroge sur la relation entre le sujet (l'économiste) et l'objet (la santé). En effet, on se situe dans le cas spécifique des sciences humaines où l'objet touche l'intimité du sujet (Robert, 1979) dans le sens où la santé est vécue par chaque économiste. En cela on peut se demander dans quelle mesure le discours scientifique produit par l'économiste sur la santé n'est pas issu en grande partie et sans qu'il le réalise de son expérience personnelle. Dans ce cas, n'y aurait-il pas des choix implicites que l'économiste fait dans son analyse économique du champ de la santé ? Des choix qui portent sur la santé mais qui demeurent implicites parce qu'ils sont issus inconsciemment de son expérience personnelle ?

De la même manière, l'objet est dépendant des instruments d'investigations que le chercheur choisit (Agazzi, 1979). C'est pourquoi nous sommes amenés à nous demander si l'économiste, en choisissant une théorie économique particulière pour appréhender le champ de la santé ne choisit pas en même temps une conception particulière de l'objet santé inhérente aux hypothèses de la théorie économique choisie.

Une argumentation sous forme d'étude de cas

Notre étude prend en fait la forme d'une étude de cas qui chercherait à répondre à la question « comment les économistes s'adaptent-ils aux domaines appliqués qu'ils étudient ? » et dans le cas qui est le notre « comment les économistes de la santé intègrent-ils la santé dans leurs pratiques ? ». Nous avons alors procédé en deux étapes.

La première étape qui est véritablement « notre travail de terrain » a consisté en la collecte de données relatives à ce qu'était la santé d'une part et, d'autre part, quelle « image » de la santé renvoyait son traitement économique. Le premier chapitre porte ainsi sur la santé entendue comme norme individuelle et le second chapitre sur la santé comme norme collective. Le troisième chapitre a consisté en une revue de littérature et une analyse du traitement économique de la santé dans les manuels d'économie de la santé. Ce dernier chapitre s'est fait en deux étapes. Lors de la première lecture des manuels, nous avons construit leur grille de lecture ainsi que l'articulation de notre argumentation. Puis, une fois le chapitre rédigé, nous en avons fait une seconde lecture à partir de la grille que la première étape avait produite. Ceci nous a permis de valider cette grille de lecture car nous retrouvions dans les manuels les éléments qu'elle mettait en avant et en permettait une lecture satisfaisante. Cette relecture nous a alors permis de compléter notre argumentation.

La seconde étape a consisté en l'analyse de ce terrain. Nous avons d'abord identifié toutes les correspondances possibles entre la santé (premier et second chapitres), l'économie de la santé et les problèmes classiques de méthodologie traités dans les ouvrages de méthodologie économique. Nous avons alors catégorisé l'ensemble de ces correspondances dans un processus itératif qui a abouti à quatre catégories. Celles-ci correspondent à quatre choix de pratique de l'économiste quand il intègre la santé à son discours scientifique.

Ce travail est-il de nature économique ?

Pour répondre à cette question, la meilleure façon est de partir des définitions de l'Économique que l'on trouve dans la littérature économique. Kolm (1986) en fait une recension, allant de définitions classiques à des définitions possibles. On trouve ainsi l'Économique comme « science des biens rares et utiles » dans sa définition la plus classique ou la « science qui étudie le comportement humain comme une relation entre des fins et des moyens rares qui ont des usages alternatifs » telle qu'on la trouve chez Robbins. Mais elle pourrait être également considérée comme s'occupant des « bases matérielles du bonheur », des « rapports entre les hommes dus à la rareté des ressources », mais aussi des « structures de production », des « choix des consommateurs », des rapports entre les hommes dus aux processus de production » ou « rapports de production ». Kolm conclut que toutes ces définitions peuvent être adoptées mais sont, soit moins, soit plus, que ce qu'est l'Économique. Des éléments sont récurrents comme les phénomènes de production et de consommation, d'allocation de ressources ou de répartition des richesses, de choix et de recherche d'une fin qui peut être identifiée au bonheur. Mais il n'en demeure pas moins qu'il est difficile d'isoler ces phénomènes des autres phénomènes de la vie humaine et par là, difficile à l'Économique de se définir par rapport à son objet et par rapport aux autres disciplines.

Dès lors, l'Économique a pu être définie à partir d'une norme économique. Ainsi pour Mingat et coll (1985 p.15-16) l'Économique est « l'ensemble des productions intellectuelles désignées comme « économiques » ou dont les auteurs se désignent comme « économistes » en en revendiquant la responsabilité ». Dès lors peut-on se demander sur quels critères accorde-t-on à un travail scientifique le label « économique ». On en recensera ici quatre :

- Un travail est économique parce qu'il étudie la réalité économique. Mais on se heurte ici à la multitude des définitions évoquées plus haut, chacune identifiant un phénomène de la réalité dont la nature serait économique et une norme est encore nécessaire ici pour désigner ce qui est effectivement économique. Outre la difficulté donc d'identifier quelle « part » de la réalité est économique,

l'Économique a travaillé sur des objets qui relevaient à priori d'autres disciplines comme les processus de décision politique ou les théories de la justice.

- Un travail est économique parce qu'il est élaboré à partir des théories économiques existantes, soit qu'il en reprend un ou plusieurs concepts, soit qu'il est construit à partir de propositions d'une théorie. Toutefois, ce critère repose sur les théories passées et laisse peu de place à des nouvelles théories dont l'interprétation de la réalité ne reposerait pas sur des phénomènes ou des concepts déjà reconnus dans l'Économique comme la consommation ou le capital.

- Un travail est économique parce qu'il est élaboré selon la méthodologie économique. Il demeure difficile de qualifier dans sa globalité la méthodologie économique. Nous retiendrons ici une modélisation qui se caractérise par des propositions souvent irréfutables, posant par là le problème du réalisme des hypothèses et du critère de scientificité de l'Économique, un travail orienté vers la prédiction et une formalisation mathématique qui se fait incontournable. Il demeure difficile d'évaluer quelle part occupe la méthodologie dans la constitution de l'identité de l'Économique comme discipline. Mais peut-on imaginer une autre méthodologie sans que l'Économique ne se confonde avec une autre science humaine ?

- Un travail est économique parce qu'il est produit par des chercheurs qui sont considérés institutionnellement comme des économistes et dont les travaux sont publiés dans des revues économiques.

Aussi peut-on conclure que la manière la plus sûre de faire de l'économie de la santé est de travailler sur des réalités déjà reconnues économiques à partir de concepts, de théories et une méthodologie acceptée dans l'Économique et de publier ses travaux dans les revues *Review of Health Economics* ou *Health Economics*. Mais ces critères qui, par défaut, sont tournés vers ce qui a déjà été faits dans l'Économique offre peu de chances à certaines innovations d'être acceptées dans l'Économique. Les travaux

qui s'écartent « trop » de cette ligne de conduite trouvent alors les niches qui peuvent exister au croisement de deux disciplines, prenons l'exemple de la socio-économie, ou, au niveau de l'objet, celle de la *health policy* ou d'une manière plus large le champ institutionnel de la santé publique.

Prenons l'exemple de ce travail et demandons-nous s'il peut être qualifié d'économique. Il est un discours sur les théories et la méthodologie économique mais ne construit pas une théorie ou un modèle économiques. De 1827 à 1982, les principaux ouvrages en méthodologie économique furent écrits par des économistes (Kolm, 1986) et gardaient leur nature économique. Aujourd'hui les travaux sur la méthodologie économique sont regroupés dans une niche disciplinaire particulière, la philosophie économique, qui traite de l'Économique en ayant recours à des théories, des instruments analytiques, des objets d'étude développés par la philosophie des sciences. Quelle est la nature de notre propre travail ? Nous avons adopté une attitude réflexive sur notre pratique d'économiste de la santé en essayant de mettre en évidence les choix de pratique qui étaient faits par l'économiste lorsqu'il intégrait la santé à son raisonnement théorique. Il nous semble qu'il n'est pas si important de la classifier dans une démarche particulière dans la mesure où nous défendons la thèse que tout économiste doit adopter cette démarche réflexive sur son travail afin de rendre explicite ses propres choix de pratique. Dès lors, ni économique, ni philosophique, notre travail peut être qualifié de conceptuel puisqu'il est une réflexion sur les concepts par lesquels l'Économique parle de la santé et met en évidence certaines pratiques qu'adoptent les économistes dans cette rencontre de concepts économiques et de concepts qui caractérisent la santé.

2. Les points méthodologiques particuliers

Une dialectique entre la santé et l'Économique

La démarche entreprise est celle d'un discours sur l'Économique parlant de la santé, à la fois du dedans et du dehors de l'Économique. Les critiques les plus souvent émises sur l'Économique et venant des autres sciences humaines comme du public en général sont entre autres sa simplification excessive de la réalité, son manque d'humanité, sa tendance à véhiculer un projet particulier de société dont la régulation serait de nature marchande. Il s'agit pour nous d'intégrer ces critiques adressées aux économistes de la santé dans notre démarche pour interroger l'Économique dans sa capacité à traiter de la santé. Réinterroger ainsi l'Économique dans sa pratique en se situant aussi à « l'intérieur » de l'Économique nous conduit à essayer de comprendre le pourquoi des pratiques des économistes de la santé. Cette interrogation se veut donc une ouverture vers une discussion constructive sur le statut, le contenu et les pratiques de l'économie de la santé.

La santé et l'Économique ont été –dans la mesure du possible-, simultanément considérés dans les choix des points discutés. C'est ainsi que l'on a retenu comme caractéristiques de la santé des concepts qui étaient directement identifiables dans l'Économique et des concepts économiques que l'on associe facilement à l'idée de santé, dans un exercice de va et vient permanent. Plus exactement, la lecture du concept de santé que nous avons faite a été influencée par la conception de l'individu dans la théorie néoclassique afin d'identifier des éléments dominants de discussion. Par ailleurs, les différents éléments qui ont servi à caractériser la santé nous ont orienté vers certains concepts économiques. Puis à un autre stade, les caractéristiques de la santé retenues à partir d'une logique économique ont guidé notre discussion sur la méthodologie économique.

Une construction de la santé

Nous avons structuré cette thèse de telle sorte que les trois premiers chapitres portent sur les dimensions théoriques de la santé et que le quatrième chapitre se situe au niveau méthodologique. Dans un schéma plus classique, les trois premiers chapitres constitueraient en quelque sorte notre « terrain » et le dernier chapitre serait l'analyse de ce « terrain ».

Comme en économie les faits sont choisis et « lus » à partir de théories préalablement choisies, nous sommes également partis d'une réalité préalablement lue de la santé en travaillant avec un construit de la santé dont les différentes dimensions sont ici issues de différentes disciplines. Ces différentes dimensions sont le point de vue philosophique de la norme, les représentations sociales de la santé, les caractéristiques de la santé retenues par les économistes, les définitions médicales allant de l'absence de maladie au bien-être complet de l'OMS.

Nous ne retenons pas un concept particulier de la santé mais certaines dimensions qui caractérisent un concept de santé. Par là, nous ne nous inscrivons pas dans un courant de pensée particulier sur ce qu'est la santé mais nous insistons sur certaines de ses dimensions. Nous avons tenté de considérer simultanément plusieurs courants ce qui nous a conduit à une vision incomplète de chacun de ces courants. Mais cette perspective nous permis de travailler à partir de l'idée de multidimensionalité de la santé.

Limites du champ théorique économique étudié

L'une des lignes directrices de cette thèse est de regarder comment la santé a été construite par l'économique et comment l'Économique est affecté par le concept de santé. Notre choix a été de constater cette construction au niveau des hypothèses des théories économiques là où la vision du monde sous-jacente à cette théorie est directement accessible. On ne s'est donc pas attaché à l'utilisation ultérieure de ce

construit de la santé dans les développements théoriques de l'Économique. C'est pourquoi on ne trouvera pas dans cette thèse d'exposés et de développements sur les théories et les concepts économiques mentionnés autrement que par l'utilisation que nous en faisons dans notre raisonnement. Ces développements sont accessibles dans les manuels d'économie de la santé et dans les revues scientifiques.

Il s'agit alors d'une lecture transversale d'un ensemble de théories et de leurs hypothèses de travail sur la santé. Nous ne faisons pas une lecture complète du déroulement logique d'une ou plusieurs théories ou d'une problématique particulière. Par exemple, nous identifions dans notre travail la santé définie comme un capital à partir des hypothèses de la théorie du capital humain utilisée par Grossman (1972) mais nous n'exposons pas de façon détaillée le développement théorique fait par cet auteur. La seconde raison pour laquelle nous faisons une lecture transversale des théories économiques est que la santé n'est jamais en elle-même l'objet principal d'un développement théorique mais toujours un concept « satellite », implicite. Et c'est en confrontant la santé à l'Économique que l'on essaie de mettre en évidence ces concepts implicites. On se donne en fait les moyens de repérer l'absence de santé à partir de concepts qui ne sont pas seulement produits par l'Économique.

La littérature utilisée

Il nous semble important de revenir ici sur la littérature utilisée dans cette thèse puisqu'elle en constitue la matière première. Notre recherche couvrant de nombreux domaines et demandant une manipulation et une articulation des connaissances parfois difficiles dans une perspective de synthèse. Il nous a fallu choisir de façon explicite la littérature couverte.

Notre guide de construction de cette thèse et des lectures adjacentes ont suivi deux avenues. D'une part, il s'agissait de lectures dominantes dans le contexte institutionnel où la thèse a été écrite, une thèse encadrée par deux économistes de la santé dans un cadre franco-canadien, dans l'environnement multidisciplinaire du

Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé et financée en partir par l'Institut Canadien de Recherche Avancée qui travaille sur les déterminants de la santé. D'autre part, les dimensions de la santé retenues sont celles qui d'emblée paraissaient permettre une fructueuse discussion avec l'Économique. C'est ainsi que la santé entendue comme norme nous permettait de faire référence à toute la dimension éthique de l'Économique tant du point de vue des buts de la société que de la rationalité de l'individu. Saisir la santé à partir de la notion d'adaptation et d'autonomie nous permettait également de discuter la conception de l'individu dans l'Économique. Nous avons également choisi d'explorer la dimension collective de la santé et notamment le concept d'État, une dimension souvent absente dans les manuels d'économie de la santé qui reposent en grande partie sur la microéconomie classique.

Pour ce qui est du premier chapitre sur les éléments constitutifs d'un espace normatif personnel de la santé nous avons limité nos lectures aux travaux de Canguilhem et à ceux qui s'inspirent de ce dernier où la santé est définie comme une norme. Pour parler des déterminants de la santé nous sommes partis de travaux comme ceux de l'Institut Canadien de Recherches Avancées.

Pour le second chapitre sur la santé en quête d'Etat, nous avons retenu une littérature qui convergeait autour de l'idée de bio-pouvoir de Foucault et des déclarations d'organisations internationales pour y déceler la place de la santé parmi ces grandes valeurs universelles que ces dernières défendent. Pour ce qui a trait au système de soins canadien et à son financement, la majeure partie de la littérature retenue est celle de chercheurs canadiens publiée en grande partie dans Health Policy.

Pour le troisième chapitre sur le miroir économique de la santé, nous avons limité nos lectures aux manuels d'économie de la santé pour mettre en évidence l'échange d'influence entre la santé et l'Économique dont résulte la construction économique de la santé. On pourrait trouver trop restrictif de se limiter aux manuels en mettant de côté les travaux récents en économie de la santé qui sont publiés dans les revues

scientifiques. La lecture des manuels a toutefois révélé trois avantages. D'une part, on trouve dans les manuels le consensus sur le contenu de l'économie de la santé et ce qui lui est central. D'autre part, ils sont écrits dans une perspective de formation et couvrent des théories entières plutôt que seulement certains aspects (toutefois plus développés dans les articles scientifiques) de celles-ci. C'est pourquoi on a plus de chances d'y trouver la vision du monde sur laquelle reposent les hypothèses de travail et les concepts centraux des analyses économiques et c'est bien à travers ces éléments que nous pourrons retracer ce que l'Économique a retenu de la santé. Enfin, faire une revue exhaustive de la littérature sur l'économie de la santé est une tâche qui nous est apparue impossible à faire dans le cadre de cette thèse. Toutefois certaines lectures « hors manuels » ont été faites, comme les travaux de Grossman sur la demande de santé ou les travaux de Sen qui s'imposaient comme autant de représentations de la santé ou encore des articles fondateurs de l'économie de la santé comme celui d'Arrow (1963).

Nous avons choisi de travailler à partir des manuels d'économie de la santé car ils constituent l'ensemble des concepts qui sont à la base de l'idée « courante » de ce qu'est l'économie de la santé. Celle-ci se reproduit surtout à partir des manuels qui sont utilisés dans l'enseignement. C'est également à partir de leur contenu que sont formés les « décideurs » et ces manuels constituent le « corpus » reconnu de connaissances qui est à la base des recommandations et des politiques économiques sur la santé. Ainsi, la façon dont l'économie est mobilisée dans la société se retrouve dans les manuels plutôt que dans les articles scientifiques. Il s'avère donc important d'interroger ce corpus de base. Enfin, un manuel permet à son auteur de développer toute sa pensée sur l'économie de la santé et l'on pouvait ainsi y trouver sa position vis à vis de la santé.

Nous avons tenté de présenter une vue d'ensemble de l'Économique, l'économie de la santé et la santé afin de montrer comment ces trois champs s'intégraient dans la pratique de l'économiste. Bien entendu cette vue d'ensemble ne saurait être exhaustive par l'ampleur du champ couvert et résulte d'un ensemble de choix que

nous avons tenté d'expliciter. Toutefois, il faut remarquer que nous avons trouvé et analysé un univers commun à la santé et à l'Économique qui montre que la couverture de la littérature que nous avons faite sur la santé et l'Économique est vraisemblable.

Par sa vision globale de l'Économique et de la santé cette thèse offre de nombreux points de départ à des recherches qui seraient plus spécialisées et qui s'attacheraient à une dimension particulière de la santé ou de l'Économique. Il était important pour nous de garder une vision d'ensemble de la santé et de l'Économique pour discuter de la pratique de l'économiste, même si nous avons délibérément sélectionné une partie de la littérature.

CHAPITRE 1 : ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS D'UN ESPACE NORMATIF PERSONNEL DE LA SANTÉ

À Cédric Bondonnat.

Lorsque l'on tente de définir la santé, il semble qu'elle soit de ces concepts que l'on essaie d'attraper en palpant l'air de nos mains…Comment alors extérioriser, exprimer et conceptualiser ce qui nous paraît un mélange d'émotions et de sensations, d'absence de maladie et de réserve d'énergie à nos espoirs les plus fous. Elle est à la fois le silence des organes (Leriche, 1936) et le travail incessant de cette machine chimique qu'est notre corps. Ainsi, la santé, notre santé que nous considérons comme part entière de notre intimité, demeure inconnue sur bien des aspects. Ainsi, outre ses mécanismes qui sont encore nombreux à découvrir, la représentation sociale de la santé et sa définition scientifique ne peuvent être posées une fois pour toutes. Elles varient selon les époques, les cultures, les disciplines scientifiques qui l'étudient. Le contenu des représentations sociales de la santé et de la maladie varie selon les perceptions, les croyances et les expériences des personnes et des populations, de ce qu'elles considèrent comme leur santé et la santé des autres. C'est pourquoi, nous sommes devant la nécessité de parler de santés plutôt que de santé (Valabrega, 1962).

Le but de ce chapitre est de réunir des éléments théoriques sur la santé qui nous paraissent centraux en les articulant autour des notions d'individus biologique et psychosociale d'une part et, d'autre part, des normes d'adaptation et d'autonomie qui caractérisent la relation de l'individu avec son milieu. Notre objectif est d'offrir un tableau assez complet de ce que peut être la santé qui puisse être utilisé comme un guide de lecture de la santé plutôt que comme un concept de santé élaboré. Les dimensions de la santé sur lesquelles nous avons travaillé doivent être également considérées comme des pistes de recherche. C'est ainsi que dans cette thèse nous les

utiliserons comme les caractéristiques de la santé auxquelles on se référera pour discuter de la manière dont l'Économique parle de la santé.

Dans un premier temps, nous verrons comment situer la santé par rapport à la maladie. Puis nous expliciterons nos deux hypothèses de travail, soit la distinction entre l'individu biologique et l'individu psychosocial ainsi que la relation normative qu'entretient l'individu avec son environnement. Nous pourrons alors identifier la santé comme une norme biologique et une norme psychosociale. Enfin, à partir des travaux actuels sur le lien déterministe entre l'individu biologique et l'individu psychosocial, nous verrons comment ce lien est d'ordre normatif.

1.1. Santé et maladie

La première façon d'approcher la santé est de l'aborder à partir d'un concept qui lui est proche, comme celui de maladie. La maladie ayant été objectivée par la science médicale, elle est mesurable et semble universellement compréhensible. C'est ainsi que l'on définit souvent la santé comme l'absence de maladie. Mais est-ce suffisant pour parler de la santé ? Nous verrons alors qu'il faut distinguer la santé négative entendue comme absence de maladie de la santé positive d'une part et, d'autre part, si la santé et la maladie sont homogènes ou hétérogènes par nature.

1.1.1. Entre santé négative et santé positive

La définition « réflexe » de la santé est l'absence de maladie. Selon cette définition négative, la santé est saisie à partir de son contraire. On est en bonne santé lorsque l'on n'est pas malade, lorsqu'on ne se sent pas malade. Ainsi, si la maladie s'accompagne de sensations désagréables, de douleurs, de mal-être et qu'elle est pleinement vécue par la personne, la santé comme absence de maladie en est tout le contraire. La santé se caractérise donc par le silence des organes (Leriche, 1936). La relation entre la santé et la maladie est par là asymétrique (Herzlich, 1969) : la

maladie par son caractère évènementiel est le seul point de référence alors que la santé, toujours là mais silencieuse, ne se révèle qu'à travers son absence, la maladie. La maladie est au centre de la science médicale qui a pour vocation de la diagnostiquer et de la traiter. La santé appréhendée par son contraire est ainsi tout naturellement retenue par les administrations qui mesurent couramment les états de santé des populations à partir des indicateurs de mortalité, de morbidité et d'espérance de vie.

Il demeure toutefois peu satisfaisant de définir uniquement la santé par ce qu'elle n'est pas.

Quand on tente de l'appréhender directement elle apparaît comme « une présence dont on a une claire conscience par la sensation d'aisance, de bien-être corporel et fonctionnel, de résistance et de robustesse physique » (Herzlich, 1969 p.75, D'Houtaud, Field et Guéguen, 1989) ou encore un bien-être physique, psychique et social (OMS, 1946). Ces sensations sont souvent associées à un sentiment de contrôle sur sa propre vie, sur la réalisation de son plan de vie, lorsque la vie vous mène là où vous voulez aller. La santé est alors le plus souvent identifiée à cette capacité de réaliser des projets et aux sentiments de bien-être qui lui sont associés soit pendant, soit après l'effort (OMS, 1946 ; Herzlich, 1969 ; Seedhouse, 1986, D'Houtaud, Field et Guéguen, 1989).

Cependant ces deux archétypes que sont la santé et la maladie ne recouvrent pas toutes les expériences individuelles. Les états intermédiaires entre santé et maladie peuvent être considérés comme les plus fréquents (Herzlich, 1969). On trouve d'abord les états intermédiaires où fatigue et nervosité se manifestent et traduisent un affaiblissement organique. La maladie n'est pas ici encore déclarée, mais il n'est déjà plus possible de parler de santé. Il y a également des états qui combinent santé et maladie. Ce peut être la santé dans la maladie. Par exemple, un malade chronique se considérera en santé dans les périodes où sa maladie ne se manifeste pas. Ce peut être également la maladie dans la santé lorsqu'une personne ressent de la fatigue ou des

maux de tête mais ne se considère pas comme malade. Ainsi, maladie et santé peuvent coexister chez une personne lorsqu'il y a une pathologie mais que la personne se considère en santé, et inversement lorsqu'il n'y a pas de pathologie mais que la personne se considère malade.

Si la personne situe son état variant entre santé et maladie, d'autres points de vue, d'autres « corps » pourrions-nous dire, vont également situer la personne sur ce « segment », comme le corps médical ou le corps social. Le vocabulaire anglo-saxon permet ainsi cette nuance. On parlera d'abord de *illness* (la souffrance) pour faire référence au mal ressenti par la personne, qu'il y ait ou non présence d'une pathologie ou d'une infirmité. *Disease* est la maladie qui présente une pathologie ou une infirmité diagnostiquée par le corps médical. On peut également ajouter la notion de *sickness* qui exprime la réalité socioculturelle de la maladie, sa reconnaissance sociale, en définissant des éléments comme le rôle social du malade ou les formes socialement acceptables de la maladie (Benoist, 1995)

1.1.2. Homogénéité ou hétérogénéité de la santé et de la maladie

Nous pouvons constater qu'il est particulièrement difficile de définir la santé sans la situer par rapport à la maladie. Il est alors légitime de se demander si elles sont de même nature ou non. En effet, si elles sont homogènes, une théorie, économique ou non-économique, concevra une personne saine et une personne malade de la même façon. Sinon, elles seront deux personnes parfaitement distinctes que l'on ne pourra formuler de façon similaire.

G. Canguilhem (1966) a parfaitement développé cette problématique en examinant l'histoire des idées médicales. Ainsi il montre qu'au XIX siècle « L'identité réelle des phénomènes vitaux normaux et pathologiques, apparemment si différents et chargés par l'expérience humaine de valeurs opposées, est devenue, au cours du XIXe siècle, une sorte de dogme, scientifiquement garanti » (Canguilhem, p.14, 1966). On entend

ici par normal, c'est-à-dire correspondant à une norme, à la fois ce qui constitue une moyenne et ce qui est tel qu'il doit être. Ainsi pour Auguste Comte qui reprend le principe de Broussais, lorsque l'organisme passe du normal au pathologique, il n'y a lors de cette perturbation qu'une variation de degré, « un peu plus ou un peu moins » dans l'excitation que subit l'organisme et dans son fonctionnement, un peu moins de globules blancs, un peu plus de cholestérol par exemple. Cette tradition se poursuit avec la pathologie expérimentale de Claude Bernard et sa thèse sur la continuité des phénomènes vitaux.

Cependant Canguilhem (1966) souligne l'ambiguïté de leurs termes qui masquent en fait la différence qualitative entre le normal et le pathologique. Selon lui, un fait pathologique ne peut être saisi qu'au niveau de l'organisme tout entier, d'une part parce que l'organisme forme un tout et c'est alors toutes les fonctions de l'organisme qui sont changées. D'autre part le pathologique ne s'exprime de manière consciente qu'au niveau de l'individu. Il est une nouvelle expérience pour le malade. Ainsi, « être malade, c'est pour l'homme vivre une autre vie, même au sens biologique du mot » (Canguilhem, 1966). Les conceptions de la santé et de la maladie varient alors selon le point de vue que l'on a de la personne, un corps, une organisation ou un amas d'organes ou bien celui d'une personne vivant, expérimentant et ressentant santé et maladie. La maladie est donc chez Claude Bernard un comportement entendu comme une réponse mécanique locale à une perturbation interne ou externe alors que chez Canguilhem, elle est une « appropriation organique d'un mode de vie » (Le Blanc, 1998). Dans le premier cas où l'on reste au niveau exclusivement organique, la santé sera associée à l'absence de maladie. Dans le second cas, on tient compte de l'individu – individu à la fois biologique et psychosocial, et de son mode de vie c'est-à-dire de la relation qu'il entretient avec son milieu. Ce sont ces options que nous allons approfondir dans la suite de ce travail.

1.2. Deux propositions pour saisir la santé comme norme

Nous partons de deux propositions théoriques qui vont nous aider à organiser et à intégrer ces connaissances. La première fait la distinction entre l'individu biologique et l'individu psychosocial. La seconde pose les relations de l'individu avec son milieu comme des relations normatives d'autonomie et d'adaptation.

Proposition 1 : la personne est composée des individus biologique et psychosocial

La santé est profondément imbriquée dans l'être de tout homme. C'est pourquoi la vision de la personne humaine influence notre vision de la santé. La personne humaine peut être abordée comme un individu en perpétuelle relation avec ce qui l'entoure. Elle est donc individu et relation de cet individu avec son milieu. Aussi choisissons-nous de concevoir, à la suite de Dubos (1965) et Canguilhem (1966), la santé comme une adaptation, celle d'une personne à son milieu.

Cette adaptation se fait, et a été étudiée, à différents niveaux, niveaux qui pourraient en partie qualifier toute personne humaine. C'est ainsi que l'on distingue l'individu biologique qu'étudient les sciences de la vie et l'individu psychosocial, objet d'étude des sciences sociales (Contandriopoulos, 1999). L'individu biologique est d'abord notre corps, présent ou se faisant oublié, ami ou ennemi mais aussi ses composants à différents niveaux, du plus grand au plus petit, organes, cellules, molécules, gènes, tout un monde que nous pourrions même qualifier d'invisible tant il est difficile de nous le représenter. Et pourtant tous ces éléments font partie de notre être le plus profond, le plus caché, le plus inconnu. L'individu psychosocial est cet autre qui sent, ressent et pense, tantôt joyeux, tantôt triste ou fâché, perdant ou gagnant, selon son humeur, ses rencontres et ses expériences avec les autres et les règles du groupe dont il fait partie.

Ainsi pourrions-nous représenter la personne comme une pièce de monnaie, dont l'une des faces serait l'individu biologique et l'autre face l'individu psychosocial.

Deux faces d'une même réalité, chacune en interface avec ce qui entoure la personne, milieu physique et social.

Si par la suite il nous apparaît pertinent de raisonner simultanément sur ces deux types d'individus, il faut souligner la ténacité de cette vision duale qui nous vient de Descartes (Bibeau). Il s'agit bien d'une fracture intellectuelle qui porte non seulement sur la personne mais qui véhicule aussi une vision du monde séparant le monde naturel du monde humain. C'est ainsi que l'OMS, définissant la santé par le bien-être, a distingué le bien-être physique du bien-être psychique et social qui sont autant de dimensions de la santé. Cette fracture caractérise également l'organisation des disciplines scientifiques. On trouvera ainsi l'adaptation définie dans *l'Encyclopedia Universalis* à partir de trois articles, l'adaptation biologique, l'adaptation psychologique et l'adaptation sociale étant distinguées et définies séparément. Dès lors, travailler sur la santé ressemble fort à un défi épistémologique, théorique et institutionnel. Dans ce présent travail, nous allons garder cette dualité afin d'organiser notre état des connaissances sur la santé pour ensuite essayer d'atteindre l'unité de ces deux dimensions à partir de la notion de santé.

Proposition 2 : la relation de la personne avec son milieu se caractérise par des normes d'adaptation et d'autonomie

Nous avons choisi à la suite de Georges Canguilhem de situer la santé dans la relation qu'entretient la personne avec son milieu. Selon cet auteur, cette relation se caractérise par la création de normes. Qu'appelle-t-on une norme ? « Dans le langage sociologique, une norme constitue une règle ou un critère régissant notre conduite en société (Chazel, 1989, p.450). Dans le Petit Robert, une norme est un « type concret ou formule abstraite de ce qui doit être. En cela, les définitions posent les lois, les normes et les règles comme synonyme. Lorsqu'on s'attache à la santé, celle-ci peut être considérée comme une norme si elle correspond, si elle dénomme l'état normal de la personne. Par état normal, on entend soit l'état habituel c'est-à-dire ce qui se

rencontre chez la majorité des personnes, soit l'état idéal, autrement dit ce qui devrait être (Canguilhem, 1966).

On peut aborder la relation entre la personne et son milieu à partir de deux concepts, l'adaptation et l'autonomie. Par adaptation, il est entendu que le milieu impose des normes à l'individu et celui-ci tâchera tant bien que mal de les intérioriser et les faire siennes à travers les processus d'adaptation. On dira ainsi qu'une personne est en santé lorsque son adaptation est normale, soit que son adaptation est la même, dans son processus et ses résultats, que celle des autres membres de son groupe, soit qu'elle correspond au meilleur état possible, comme la situation l'a définie et permise.

La seconde manière d'envisager cette relation est de l'interpréter en termes d'autonomie de l'individu vis-à-vis de son milieu, autonomie par laquelle l'individu crée ses propres règles qu'il va suivre et qui vont s'imposer à la relation qu'il entretient avec son milieu. L'autonomie peut être considérée comme un élément de l'adaptation c'est-à-dire que l'individu crée ses normes en réaction au processus d'adaptation en vue de s'ajuster à son milieu et d'ajuster le milieu à lui-même. Il est difficile de considérer la création de normes d'autonomie comme un phénomène indépendant du milieu car on est toujours autonome par rapport à quelque chose ou quelqu'un, ici le milieu. Ainsi, « le vivant et le milieu ne sont pas normaux pris séparément, mais c'est leur relation qui les rend tels l'un et l'autre » (Canguilhem, 1966, p.90). Une personne sera en santé lorsqu'elle est normale et normative, c'est-à-dire adaptée et autonome, lorsqu'elle crée ses propres normes qui s'imposeront à son milieu. La santé est donc à la fois norme et source de norme. D'une part, elle correspond à une certaine norme qui caractérise un état ou un processus précis de la relation de l'individu avec son milieu et, d'autre part, elle permet à l'individu d'instaurer de nouvelles normes.

La santé comme normalité et normativité est centrale dans la réflexion de Georges Canguilhem et ce sont ces deux notions que nous allons utiliser pour articuler notre

essai de synthèse de ce que peut être la santé entendue comme une norme. Il s'agit pour nous de montrer la normalité et la normativité de la santé tant au niveau biologique que psychosocial et de tenter de relier ces deux niveaux pour un aperçu synthétique et global de ce que peut être la santé.

1.3. La santé, une norme biologique

1.3.1. L'adaptation biologique

"On entend par adaptation l'ensemble des corrélations internes et externes (relations organisme-milieu) qui font qu'un organisme peut vivre d'une certaine manière dans un habitat donné, et y contribuer à la perpétuation de l'espèce à laquelle elle appartient" (Bocquet, 1989 p.251). Comme on le voit, par besoin, répétition ou par protection vis-à-vis de certaines caractéristiques du milieu ou certaines relations entre l'individu biologique et le milieu, l'organisme développe des stratégies et des défenses et se modifie. Par exemple, si l'on reprend celui de Dubos (1965) les aborigènes d'Australie se sont adaptés biologiquement à une vie en zone aride en développant une élasticité de leur estomac qui leur permet d'y stocker de l'eau lors de séjour dans le désert.

Le mot *adapter* vient du latin "aptare ad" qui signifie "ajuster en vue de". C'est ainsi que la notion d'adaptation porte le germe d'une idée de finalité qui provoque d'importantes controverses dans la communauté scientifique (Bocquet, 1989). En effet, pour certains scientifiques la notion de finalité n'est pas valide. Aussi doit-on se demander si l'organisme s'est adapté au milieu en vue d'un certain but ou si certaines caractéristiques lui permettent certaines actions. Ainsi, si l'on accepte l'idée de finalité, l'aile d'un oiseau a été faite pour voler, alors que si on la récuse, on dira que l'oiseau vole parce qu'il a des ailes. Reprenons l'exemple des aborigènes d'Australie. Au sens étymologique, on affirme que c'est pour vivre dans le désert que l'estomac des aborigènes est devenu plus élastique. Si l'on nie comme certains l'idée de finalité

dans l'adaptation, on pose alors que c'est parce que leur estomac est plus élastique que les aborigènes d'Australie vivent dans le désert. Toutefois, cet exemple sort déjà du cadre biologique puisque le but « séjourner dans le désert » est une pratique sociale et le résultat d'une volonté psychique et sociale et non biologique. On voit donc comme il est malaisé de concevoir une finalité purement biologique.

On trouve ainsi deux grandes positions quant à la finalité biologique. Pour la première, « le problème de l'adaptation implique, dans une large mesure, celui de la finalité dans la nature et se situe aux frontières de la métaphysique » (Grassé cité par Bocquet, 1989). Ce sont ainsi des courants comme le vitalisme selon lequel il existe une force vitale, irréductible à des phénomènes physico-chimiques qui rend la matière vivante et organisée (Le Petit Robert, p.2400), force qui porte en elle la finalité de tout organisme. Par contre, pour Bocquet, « sans aucun finalisme, mais sans nier pour autant l'efficacité des adaptations, il est plus objectif de dire, et c'est la seule position scientifiquement acceptable, que toute machine vivante fonctionne, dure et se reproduit parce qu'elle est ajustée, morphologiquement et biologiquement, à certaines conditions externes » (p.251).

Cette dissonance dans le discours scientifique nous conduit à nous poser certaines questions. Existerait-il un « esprit organique » en relation avec le milieu, qui dicte une finalité à l'organisme? Ne serait-il pas l'autre esprit, psychique? Corps et esprit seraient alors distincts mais interreliés. Pourrait-on aller plus loin en adoptant une autre vision et concevoir corps et esprit comme Un, doué d'une seule finalité, d'une seule volonté? Autrement dit, l'individu biologique a-t-il ses propres buts, distincts de ceux qu'auraient l'individu psychosocial. Ou bien y a-t-il un « compromis », des tensions entre ces buts? Ce questionnement est fort d'actualité alors que le développement de la génétique est le moteur d'une méta-biologie qui peut imposer une vision réductionniste de l'Homme où « tout est dans les gènes » (Bibeau).

Si nous supposons que corps et esprit ne font qu'un, c'est encore un autre type de fin qui serait à concevoir, une finalité synthétique que nous qualifierons de propre à la

personne humaine. On voit donc que, même en se restreignant au niveau biologique, nos interrogations sur certains mystères de la vie nous emmènent plus loin que l'étude du fonctionnement d'un organisme.

À l'inverse, peut-on réduire le corps à un mécanisme vivant? L'organisme peut-il être créateur de lois en général et de ses propres lois en particulier, de normes, comme partie d'un Tout, ou comme machine vivante? Comment intervient le milieu dans l'élaboration de ces normes? N'oublions pas que nous traitons pour l'instant de l'adaptation biologique. Nous n'avons pas encore à introduire une pensée où l'individu psychosocial est pris en compte, à tout le moins considéré sur le même plan que l'individu biologique. Aussi pour concevoir l'individu biologique comme créateur de normes dans son fonctionnement, posons le comme autonome et discutons cette autonomie.

1.3.2. L'autonomie biologique

L'analyse actuelle de l'autonomie du vivant repose sur le mécanicisme. Le corps est une machine vivante, dotée de mécanismes, ou est encore identifié à un système c'est-à-dire un ensemble organisé. On pose ainsi l'hypothèse qu'un système vivant est défini par son organisation et que l'on peut par conséquent l'expliquer en termes de relations et non pas à partir de ses composants (Varela, 1989). C'est bien l'ensemble des relations effectives entre les composants du système qui constitue sa structure. Morin (1983) met en évidence trois grandes propriétés des systèmes vivants.

1) La rétroaction ou encore causalité en boucle : l'effet produit par les processus d'adaptation du vivant devient lui-même la cause de nouveaux processus. Ainsi, « un système qui se boucle en lui-même crée sa propre causalité, et par là sa propre autonomie » (p.319)

2) Des propriétés émergentes, propriétés du Tout c'est-à-dire du système organisé, mais qui sont absentes au niveau des parties du Tout considérées

individuellement. Morin prend ainsi l'exemple d'une cellule qui se caractérise par la capacité de métaboliser, d'échanger avec l'extérieur, de s'auto-produire et s'auto-reproduire, propriétés que n'ont pas les macromolécules chimiques qui la constitue.

3) L'auto-organisation. L'auto-organisation vivante est une organisation qui s'auto-répare et s'auto-organise perpétuellement, qui n'a pas été créée par une cause extérieure mais qui s'auto-produit. Pour Morin, cette auto-organisation est la vie elle-même.

La biologie moderne caractérise donc l'organisme vivant par des phénomènes d'auto-construction, d'auto-conservation, d'auto-régulation et d'auto-réparation (Canguilhem, 1992). Varela représente ainsi un système vivant organisé comme un réseau de processus de production de composants qui se régénèrent continuellement par leurs transformations et leurs interactions. C'est aussi ce qui distingue le vivant d'une machine : une machine ne peut jusqu'à présent se construire elle-même (Canguilhem, 1992).

La représentation des relations, des échanges entre un système vivant autonome et son milieu reste néanmoins difficile. Selon Varela (1983) tout système vivant est autonome et perpétuellement soumis à des perturbations externes, que certains qualifient de bruits blancs. Pour rétablir son équilibre interne, il doit alors compenser ces perturbations, se modifier, s'adapter à ces perturbations qui proviennent de son milieu. Mais tout en se modifiant, il ne devient pas un autre, il préserve sa propre identité. Si certains de ses composants sont remplacés, son organisation quant à elle n'a pas changé et c'est là sa qualité d'homéostasie, d'invariance chez Monod (1971).

Comment alors concevoir la relation de ces systèmes avec leur milieu ? D'après Monod (1971), un être vivant est autonome parce que sa structure résulte d'un processus qui ne doit presque rien à l'action des forces extérieures mais à des interactions morphogéniques internes. Pour Varela (1983), un système vivant autonome est alors un système fermé, se suffisant à lui-même. À l'opposé, Morin (1994) conçoit le système vivant comme un système fermé mais aussi ouvert,

permettant l'échange d'énergie et d'informations. Cet échange doit alors être conçu comme une dépendance du système vivant vis-à-vis de l'extérieur. Ainsi, « plus un système développera sa complexité, plus il pourra développer son autonomie, plus il aura de dépendances multiples » (Morin, 1983). L'autonomie apparaît bien dans ce dernier cas comme un concept relationnel.

On voit alors que malgré l'évolution de la science, deux problèmes que l'on peut qualifier d'épistémologiques persistent quant à l'adaptation et l'autonomie du vivant :

- L'existence d'une finalité d'un organisme vivant et son origine
- Le degré de relation entre un organisme vivant et son milieu

1.3.3. La santé, une norme biologique ?

La santé est-elle une norme biologique dans ce cadre d'analyse d'autonomie du vivant ? D'une part, le concept d'autonomie du vivant nous fait plus parler de lois de la nature plutôt que de normes, des lois qui seraient perçues comme immuables et s'imposant à chaque être vivant alors que, comme nous le verrons plus loin, on peut concevoir une norme changeante, adaptable, individuelle et relativiste comme d'ailleurs Canguilhem (1966) qualifie la santé.

D'autre part, il semble difficile de parler de santé et de maladie à ce niveau biologique. Il est en tout premier lieu à constater que dans tous les écrits sur l'autonomie du vivant, les termes de santé et de maladie ne sont jamais utilisés. En second lieu, Canguilhem (1966) remarque qu'à un tel niveau d'abstraction analytique, on ne peut plus parler de santé et de maladie : « la vie d'un vivant ne reconnaît les catégories de santé et de maladie que sur le plan de l'expérience qui est d'abord épreuve au sens affectif du terme, et non sur le plan de la science » (p.131). C'est pourquoi, on déduit de Canguilhem que, pour parler de santé et de maladie, c'est à travers l'expérience d'un être à la fois biologique et psychosocial qu'il faudra l'envisager, à la fois chimique, organique, affectif et social. Etendre l'analyse du

biologique au niveau psychosocial pour commencer à envisager le concept de santé n'offre-t-il pas aussi un début de réponse à ces deux problèmes qui perdurent dans l'analyse exclusivement biologique, soit le problème de la finalité de tout organisme vivant et de ses relations avec son milieu ?

1.4. La santé, une norme psychosociale

Nous reprenons ici la définition que donne Nuttin (1989) de l'adaptation psychologique. Celle-ci se distingue de l'adaptation biologique en cela que le milieu cherche également à s'adapter à l'individu. L'adaptation est réciproque. Prenons l'exemple d'un couple « plein de bonne volonté ». Chacun de ses membres cherchera à s'adapter à l'autre, voire à adapter l'autre à soi-même. Mais c'est ce que nous réalisons aussi chaque jour avec notre entourage, social ou physique.

L'individu construit des plans, des projets qu'il essaie de réaliser dans le domaine où il évolue. Il se sent adapté dans la mesure où il parvient à adapter le monde à lui-même à travers la réalisation de ses projets. Dès que l'individu se trouve à l'équilibre, ses projets réalisés, il cherchera à rompre cet équilibre en établissant de nouveaux projets. Il n'est pas difficile ici de prendre l'exemple du chercheur qui, de projet en projet, cherche à produire des connaissances et par là créer de nouvelles normes de recherche dans son domaine. En réalisant ses recherches, le chercheur se réalise lui-même en construisant et exprimant sa propre vision du monde et la place de l'homme dans celui-ci. Les normes que l'individu crée et qui s'imposent à son domaine vont de pair avec une reconnaissance des autres pour ses travaux et sa personne. Prenons à titre d'exemple le travail d'un chercheur. S'il n'impose pas de nouvelles normes dans son domaine d'étude, ses recherches auront sans aucun doute modifié les normes qu'il se fixe à lui-même. Ainsi Nuttin (1989) souligne que le dynamisme fondamental n'est pas de s'adapter au monde mais de se réaliser dans le monde : « partout, l'adaptation (au sens strict) est la stratégie mise en œuvre par l'être vivant afin de

réaliser, d'une façon ou d'une autre, ses propres structures dans les limites des exigences du milieu et de la plasticité de l'organisme » (p.257).

C'est ainsi que cette adaptation se fait bien sûr dans un cadre social et l'individu doit intégrer dans son comportement les mécanismes par lesquels il se rend apte à appartenir au groupe. Pour cela, il doit partager jusqu'à un certain point les valeurs, opinions et attitudes du groupe (Boudon, 1989). C'est ainsi que notre chercheur va adopter certains critères de scientificité dans ses travaux, va être fidèle à une méthodologie, à un paradigme, à certains auteurs. Ces valeurs vont même jusqu'à produire certains mouvements de modes dans la science tant au niveau des sujets choisis et problématiques posées qu'au niveau des auteurs étudiés.

Selon Dubos (1965), toute adaptation est impossible sans culture. C'est elle qui va véhiculer les pratiques d'adaptation. C'est en fait toute la mémoire collective d'une société qui permet d'atteindre un très haut niveau d'adaptation. Sans la culture, un individu doué de sa seule rationalité et de sa seule volonté ne parviendrait pas à s'adapter à un tel niveau. Aussi peut-on conclure que la culture d'une société véhicule non seulement une conception particulière de la santé et des projets humains mais également les méthodes pour les réaliser.

À ce niveau, comme nous avions parlé d'autonomie biologique, J.Dufresne (1985) parle d'autonomie rationnelle qu'il identifie à la liberté telle que l'a définie Descartes : « la capacité d'atteindre en combinant des connaissances claires, une fin qu'on s'est assignée à soi-même » (p.1005). On retrouve ici le même schéma que l'adaptation biologique où la vie biologique est auto-création, auto-production. L'individu, à travers ses projets, se construit, se réalise, par rapport à lui-même et par rapport au monde comme une individualité autonome. On peut dire que, contrairement à l'adaptation biologique où l'on rechigne à l'idée de finalité, l'adaptation psychosociale est par essence une finalité, le projet de l'individu de se réaliser à travers l'adaptation. La santé est-elle une norme psychosociale ? On peut en effet concevoir la santé comme une adaptation réussie de l'individu à son milieu au

niveau psychosocial, adaptation reflétant l'autonomie de l'individu vis-à-vis de son milieu psychosocial.

L'individu psychosocial est en bonne santé lorsqu'il est normal, c'est-à-dire réalisant ses projets en suivant les règles du groupe comme les autres membres de son groupe. Mais il est aussi en bonne santé lorsqu'il est normatif, c'est-à-dire lorsqu'il crée de nouvelles normes lors de la réalisation de ses projets, de nouvelles normes qui s'imposent à lui-même et/ou aux autres.

Encore une fois, se concentrer sur le niveau psychosocial comme nous l'avions fait au niveau biologique pour concevoir la santé nous apparaît intuitivement insuffisant. En effet, il est difficile de concevoir pour le sens commun la santé sans dimension physique. C'est pourquoi nous allons à présent situer la santé comme lien entre les niveaux biologique et psychosocial en explorant certains travaux scientifiques et philosophiques qui mettent en évidence ce lien.

1.5. La santé, lien déterministe entre les individus psychosocial et biologique

Nous avons vu qu'il n'était pas approprié de restreindre le champ de conception de la santé au niveau biologique comme il ne l'est pas non plus au niveau psychosocial car il est difficile de concevoir la santé sans sa dimension physique, biologique comme il est difficile de concevoir une personne sans corps. Il apparaît alors qu'un discours sur la santé doit se situer simultanément à ces deux niveaux d'analyse. Comment alors se représenter la santé sur ces deux niveaux ? Comment inscrire le concept de santé dans le lien entre le biologique et le social ? Peut-on aller jusqu'à l'identifier précisément à ce lien ? Nous allons aborder ce lien entre les niveaux biologique et psychosocial dans lesquels s'inscrit tout être vivant à partir des travaux de synthèse de l'Institut Canadien de Recherches Avancées sur la santé des populations[1].

[1] Ce programme de recherche regroupe des chercheurs de différentes disciplines dont la préoccupation est la compréhension de la santé et de ses mécanismes.

Des écarts de santé ont d'abord été constatés entre différents individus et différents groupes de populations. Ces écarts ont pris tout leur sens lorsqu'on les a associés à des caractéristiques individuelles culturelles et socio-économiques. À titre d'exemple, on peut citer l'étude Whitehall Study de Marmot sur un échantillon de mille fonctionnaires anglais qui montre un gradient de mortalité entre les fonctionnaires du haut jusqu'en bas de la hiérarchie. Ainsi, plus on occupe une position hiérarchique élevée, plus les risques de mortalité entre 40 ans et 64 ans sont faibles (Marmot et Theorell, 1988). La récurrence de tels résultats (Evans, 1994 ; Hertzman, Frank et Evans, 1994) a conduit à la construction d'un cadre conceptuel des déterminants de la santé (Evans et Stoddart, 1994). Ce modèle identifie quatre grandes catégories de déterminants : l'environnement social, l'environnement physique, le patrimoine génétique, les soins de santé. Ces déterminants vont conditionner un type de réponse individuelle aux « conditions de vie » qu'ils imposent à l'individu, une réponse à la fois comportementale et biologique. Cette réponse va déterminer la santé et les fonctions de l'individu ainsi que la maladie.

Les recherches actuelles visent à mettre en évidence les mécanismes qui sous-tendent ce schéma causal en tentant d'expliciter les processus biologiques qui transforment un message de l'environnement en santé et maladies. C'est également tenter de mettre en évidence des liens concrets entre le niveau psychosocial et le niveau biologique de l'individu. Les deux premiers processus identifiés sont la mal- ou sous-nutrition due à des conditions socio-économiques précaires et qui favorisent les maladies infectieuses et chroniques. À cela il faut ajouter un mode de vie en communauté où la proximité favorise les maladies contagieuses (Evans, Hodge et Pless, 1994). Puis la recherche en génétique a mis en évidence la prédisposition de chacun à l'égard de certaines maladies, prédispositions qui peuvent être réalisées à la suite de types particuliers d'expositions à certains environnements (Baird, 1994).

Actuellement, la recherche se concentre sur le stress et les stratégies de réponse qui lui sont inhérentes comme facteurs explicatifs du lien entre le milieu et ses effets

biologiques (Evans, Hodge et Pless, 1994). Les sciences comme la psychoneuroimmunologie et les neurosciences ont levé le voile sur une partie de ce lien. Toutes les facettes de la vie d'un individu, son milieu physique, son entourage, les aléas de la vie sont sources de joie, tristesse, contentement et désespoir, colère et impuissance, et affectent celui-ci dans son (bien-) être. Or l'état psychique a une influence directe sur le système immunitaire par le biais du système nerveux. En effet, les études ont mis en évidence les interactions entre le cerveau et le système immunitaire par le biais du système nerveux : lors d'émotions, le cerveau envoie des signaux nerveux et des substances chimiques pour augmenter les défenses naturelles de l'individu. Le système immunitaire, par la production de substances chimiques envoie de l'information au cerveau sur l'agressivité de l'environnement dans lequel évolue l'organisme (Science et Avenir, 1991). Ainsi, de nombreuses études montrent que des individus qui ont leurs défenses immunitaires affaiblies à la suite de difficultés psychologiques montrent de plus grandes prédispositions aux maladies (ICRA, 1991). À l'heure actuelle, on sait que ce processus biologique n'est pas unique : le système immunitaire apparaît comme un des composants parmi d'autres d'un réseau de systèmes physiologiques répondant au système nerveux. De même, on explore des voies qui ne passeraient pas par le système nerveux (Evans, Hodge et Pless, 1994). Bien sûr, l'effet du stress sur l'individu dépendra de la réponse psychosociale de l'individu – dont le choix classique entre la lutte ou la fuite, réponse qui reflète sa personnalité et les stratégies qu'il a acquises tout au long de sa vie pour répondre à ce type d'agression.

Ces travaux scientifiques sur la santé corroborent les propositions que nous avions posé au départ c'est-à-dire une santé qui doit être pensée comme une adaptation c'est-à-dire une conformité aux normes imposées par le milieu et une autonomie parce que l'individu créé des normes à la fois aux niveaux biologique et psychosocial. Il y a bien un phénomène d'adaptation puisque l'environnement envoie des messages qui sont sources de stress et que l'individu y répond dans une phase adaptative par un comportement particulier et par des réactions de son organisme. De plus, nous avions posé que la santé était également caractérisée par une phase adaptative qui est

créatrice de normes par l'individu et qui s'imposent à l'environnement et l'individu, c'est ce que nous avions appelé l'autonomie de l'individu. Cette dimension est vérifiée empiriquement car les études montrent que plus une personne a un statut social élevé et par là plus elle contrôle et norme son environnement – ce qui lui donne un statut d'autonomie sans équivoque et lui permet de s'affranchir de ce qui lui nuit, meilleure sera sa santé.

1.6. La santé comme lien normatif entre les individus biologique et psychosocial

Toutefois, il ne faut pas oublier que nous avons posé la santé comme une norme et qu'il nous faut alors interpréter ce processus biologique entre les individus biologique et psychosocial en termes de normes. Dans cet exercice de normalisation et de normativité, qui, de l'individu biologique ou de l'individu psychosocial, norme qui? Est-ce que ce lien est synonyme de recherche d'un équilibre où bien-être biologique et psychosocial seraient réalisés dans le cadre d'un processus adaptatif ?

Dans la réalité, les processus d'adaptation sont fort éloignés de mécanismes d'horlogeries, calculés et silencieux. Pour Dubos (1965), la vie se nourrit d'illusions, d'espoirs, de rêve, de luttes. La vie est un échange entre l'individu et son entourage, un échange dont la lutte n'est pas absente et qui provoque alors des troubles et des maladies. De même, l'organisme est tel que l'homme dispose d'une surabondance de moyens qui lui donne alors le pouvoir et la tentation de dépasser ses limites et se rendre malade (Canguilhem, 1966). Ainsi, le sens créateur de l'homme l'empêche de trouver la situation pleine de sécurité, car selon Dubos (1965), la création se nourrit des réactions que l'homme développe face aux dangers. C'est le propre de l'être humain d'aller au bout de lui-même, au-delà de ses limites, et c'est une marque de sa santé.

> « Le genre de santé que les hommes désirent le plus n'est pas nécessairement un état dans lequel ils jouissent de la vigueur physique et d'un sentiment de bien-être, même pas celui qui leur assure une longue existence. C'est plutôt la condition la plus favorable pour atteindre les buts que se propose chaque individu. Ces buts n'ont généralement aucun rapport avec la nécessité

> biologique, parfois même ils sont en opposition avec l'utilité biologique. Le plus souvent la recherche de la santé et du bonheur est guidée par des besoins qui sont plus sociaux que biologiques, besoins qui sont si particuliers à l'homme qu'ils sont sans valeurs pour d'autres êtres vivants puisqu'ils n'ont pas d'importance pour la survie de l'individu et de l'espèce » (Dubos, 1965, p.229-30).

La santé peut donc être interprétée comme une relation au risque où être en bonne santé, c'est avoir la possibilité de courir des risques. La santé désigne par là « les limites du vivant ainsi que l'effort illimité pour transgresser la limite » (Canguilhem, 1990, p. 74-75).

Cependant, la santé, parce qu'elle est la vie elle-même, ne peut se limiter à des mécanismes d'adaptation. En effet, l'homme se sent en bonne santé lorsqu'il se sent plus que normal, plus qu'adapté, lorsqu'il est normatif, capable de créer et de suivre de nouvelles normes de vie (Canguilhem, 1966). Par cette normativité, le vivant humain s'individualise (Le Blanc, 1998), il se crée véritablement au monde en tant qu'individu unique. Aussi est-il autonome dans le monde qui l'entoure en créant de nouvelles normes, ses propres normes, et en structurant son milieu à sa propre convenance (Canguilhem, 1966). On pourra alors le juger normal car conforme à ces normes. La santé est donc bien normativité, c'est-à-dire une création de normes et une normalité lorsqu'elle correspond à ces normes créées. Des normes qui sont relatives à chaque individu et sa rencontre à un moment donné avec un certain environnement. La maladie au contraire correspond à une norme de vie particulière de l'individu (Canguilhem, 1966) : c'est une norme de vie mais une norme inférieure car elle ne peut se changer en une autre norme. Le malade a ainsi perdu sa capacité normative.

Pour illustrer ces propos, prenons l'exemple des aborigènes d'Australie (Dubos, 1965). Ceux-ci ont développé une élasticité de leur estomac qui leur permet d'y stocker de l'eau lors de séjours dans le désert. Dans un contexte européen, la caractéristique anatomique de leur estomac serait anormale, donc pathologique. Mais dans le désert, cette caractéristique est normale, à la fois habituelle parmi les membres du groupe, et à la fois idéale car elle permet la meilleure adaptation possible

au manque d'eau. En parallèle, le désert est, pour les aborigènes un milieu normal parce que c'est un milieu et un mode de vie que leur groupe a choisi. Aussi peut-on conclure que les aborigènes ne sont pas uniquement adaptés à ce milieu, ils l'ont dompté et institué. Les séjours dans le désert sont donc devenus normes de vie tout comme la grande élasticité de leur estomac est devenue une norme organique.

Si, comme nous l'avions vu précédemment, l'existence d'une finalité biologique est source de débat, il en est tout autrement lorsqu'on considère le lien entre les individus psychosocial et biologique. En effet, l'idée de finalité psychosociale s'impose donc ici au vivant. C'est l'être psychosocial qui va construire ses projets et exposer l'individu biologique à certains environnements. « L'organe sain disparaît dans un ensemble qui lui-même se fait oublier au profit d'un projet qui le dépasse » (Dusfresne, p.985). Notons toutefois que l'individu biologique va influencer le choix des projets notamment en manifestant des malaises, des maladies.

La santé doit donc être comprise comme un mouvement créateur spécifique à l'homme dans sa globalité (Renard, 1996). Une santé créatrice de normes et par là, créatrice de vie et créatrice de l'homme. Une santé qui par sa normativité permettra de définir une normalité qui ne peut être qu'individuelle et qui, comme nous l'avons vu précédemment, permet à chacun d'avoir sa propre représentation de la santé. Une santé qui rétablit les liens entre l'individu et son milieu, liens non seulement d'adaptation mais aussi d'autonomie. Il apparaît alors que parler de la santé, c'est véritablement reconsidérer l'homme dans toute son individualité et en même temps dans son attachement au monde. Nous en arrivons donc à la nécessité incontournable – et tentante, de dépasser cette distinction entre individus biologique et psychosocial pour raisonner à partir d'une entité individuelle intégrative de ces deux niveaux.

Il nous semble que la notion de personne est la plus à même à rendre compte de l'homme en santé. En effet, « la notion de personne met effectivement en relief la tension fondamentale, qui caractérise la condition humaine, entre une matérialité corporelle objectivable et l'expérience subjective d'un corps médiateur des rapports à

soi et à autrui » (Novaes, 1991, p.349-50). Une notion de la personne qui revêt deux dimensions, « l'une privilégiant la singularité incarnée de chaque être humain et l'autre, sa capacité relationnelle» (Novaes, 1991, p.11). Cette définition, utilisée en bioéthique, permet donc non seulement de garder l'homme au centre de la réflexion mais aussi de conserver les notions de santé et de maladie au sein d'une science du vivant qui, comme nous l'avons vu précédemment les « dissous ». De plus, ce concept de personne n'isole pas l'individu biologique de l'individu psychosocial, les sciences de la vie des sciences sociales. Il s'agit de préserver toute la richesse d'un monde intérieur et extérieur dans un concept, la personne humaine, qui permet d'aller au-delà d'une vision mécaniciste de la vie pour en saisir son essence humaine.

C'est d'un véritable espace normatif personnel de la santé dont nous pouvons parler ici, à l'instar de l'espace politique de la santé identifié par Fassin (1996). Un espace où le biologique et le psychosocial s'intègrent l'un à l'autre, un espace structuré par les normes d'adaptation et d'autonomie qui caractérisent la relation de l'individu à son milieu. Cet espace normatif apparaît de nature fondamentalement éthique où, dans une dynamique du social et du biologique, se construisent l'éthique de la personne et celle de la société, mais est aussi un espace où la personne construit son identité et sa dignité.

1.7. Conclusion

Nous avons tenté de définir dans ce chapitre la santé par ce qu'elle est plutôt que par ce qu'elle n'est pas à priori, c'est-à-dire la maladie. Nous avons alors choisi de construire un discours sur le concept de santé en termes de normes, adoptant par là le point de vue de Georges Canguilhem. La santé correspond d'abord à une situation de normalité et de normativité de la personne vis-à-vis de son milieu. Une personne en santé est donc normale, c'est-à-dire que son état, ses actions, correspondent à une norme établie, et elle est normative en créant de nouvelles normes qui structurent son milieu. La santé apparaît alors comme un concept chargé de valeurs.

Mais elle est aussi un concept intégrateur tant il est apparu que l'on ne pouvait penser la santé à un niveau exclusivement biologique ou psychosocial comme l'impose un certain découpage des disciplines scientifiques. La santé se révèle au croisement de ces deux niveaux : c'est au niveau psychosocial que se créent projets et contraintes et c'est au niveau biologique que l'individu y puisera force, énergie, plaisir ou signal d'alarme pour construire et répondre à son environnement dans la mesure des propres contraintes du biologique.

Définir la santé et la concevoir indépendamment de la maladie reste un exercice difficile. Réfléchir sur le sens de la santé, son rôle et son importance tant au niveau de l'individu que de ses relations avec ce qui l'entoure conduit très vite à une réflexion de nature éthique sur la vie elle-même, sur ce qui est et doit être. Mais c'est d'abord apprendre à découvrir Soi et l'Autre car la santé, norme individuelle, traduit le caractère unique de la personne, cette différence que nous avons chacun dans nos façons d'être et d'agir et qui évolue dans le temps.

Pour conclure, s'il est une image qui pour nous symboliserait ce que nous entendons par santé, elle serait une scène du film de Wim Wenders, « Les ailes du désir », où un ange en réalisant son vœu et devenant humain découvre alors mille sensations heureuses et malheureuses qui lui font ressentir son corps et son esprit, comme la sensation de froid par une nuit d'hiver et celle de bien-être qui suit lorsque l'on se réchauffe les mains autour d'une tasse de café. La santé est pour nous ce choix d'accepter et vivre la condition humaine, la lourdeur et les sensations parfois désagréables du corps et des pensées, mais aussi les plaisirs que notre corps et notre âme nous font connaître, plaisir de soi, de l'Autre et des choses. Être en santé, c'est bien alors, chaque fois que le choix s'offre à nous, choisir sa condition humaine et la réaliser.

CHAPITRE 2 : LA SANTÉ EN QUÊTE D'ÉTAT

Après avoir abordé la santé au niveau individuel, voire personnel, il nous faut aborder la santé au niveau collectif. La démarche du présent chapitre est la même que celle du chapitre précédent. Il s'agira donc ici d'identifier certains discours, certaines analyses et certaines politiques relatives à la santé qui se tiennent (et sans doute faisons-nous ici un pléonasme), au niveau de la collectivité. Ainsi, les dimensions de la santé que nous aurons développées nous serviront à étayer dans le chapitre suivant les interrogations auxquelles tout économiste est confronté lorsque ses travaux sont relatifs à la santé.

Afin de choisir quelles dimensions de la santé nous allons retenir au niveau collectif, partons de la cartographie du domaine de la nouvelle santé publique dressée par (Bibeau et coll., 2001) à partir de cinq grandes catégories de points de vue chacun privilégié dans l'une des quatre versions de la nouvelle santé publique, les points de vue1) social, collectif et communautaire, 2) culturel et comportemental, 3) économiques 4) politique et 5) éthique. Ces auteurs concluent que les trois premières approches, sociale, culturelle et comportementale, économique débouchent toutes sur le politique et que chacune d'entre elles envisage différemment leur lien avec le politique.

Nous avons choisi d'explorer le chemin inverse en partant du politique dans une argumentation qui nous conduira à considérer simultanément certaines caractéristiques sociales, économiques, culturelles. Nous avons alors retenu deux dimensions politiques de la santé qui doivent être comprises à la fois au niveau collectif et individuel. La première, le bio-pouvoir, caractérise un type de relation que l'État entretient avec la population sur la santé de celle-ci. L'État étant entendu comme l'ensemble des institutions et des normes qui émanent d'elles, reposant sur le pouvoir orienté vers l'intérêt commun, l'individu peut intervenir dans ce bio-pouvoir

à trois titres, comme participant à la décision d'une bio-politique, comme vecteur et objet de pouvoir. La seconde dimension politique de la santé que nous avons retenue est le droit à la santé auquel la communauté internationale souhaiterait donner un caractère universel et dont chaque individu disposerait.

L'État s'impose comme le principal vecteur du bio-pouvoir et du droit à la santé. Structurer notre analyse autour de celui-ci apparaît très pertinent, particulièrement dans un contexte où l'État est en transformation après la remise en cause de l'État-Providence des vingt dernières années. Ces concepts nous permettront de voir combien les conceptions de l'État, de la santé et du système de santé sont liées. Il est impérieux de discuter de ce thème actuellement, de réfléchir vers quelle santé et quel système de santé nous allons alors que la transformation de l'État n'a pas encore atteint le secteur de la santé et des soins.

Nous discuterons dans une première partie des pratiques de santé transmises par la santé publique à partir de l'exercice d'un pouvoir étatique, le bio-pouvoir. Dans une seconde partie, on verra comment la santé est considérée comme une valeur universelle à travers la notion d'un droit relatif à la santé et comment il est difficile de le défendre à partir de l'exemple du droit aux soins au Canada.

2.1. Le bio-pouvoir et les politiques de santé publique

2.1.1. Le bio-pouvoir

Si les politiques et les réalités économiques vont dans certains cas à l'encontre de la santé des individus et des populations, la santé n'en est pas moins à l'intérieur d'une nation un vecteur de pouvoir. Ce pouvoir peut être actuellement compris comme le bio-pouvoir identifié par Foucault (1976) pour lequel le vivant devient la valeur, la

richesse à préserver, à favoriser et encourager. Foucault (1976) fait remonter ce bio-pouvoir à la naissance du capitalisme où le droit de suzerain de mort et de laisser vivre se transforme en un droit de faire vivre ou de rejeter dans la mort. Foucault identifie ainsi une bio-politique de la population qui, pour réguler le vivant, met en place des interventions et des contrôles quant à la vie des populations et des corps des individus. Elle visera notamment les naissances, la santé, la durée de vie des individus jusqu'à entrer dans l'intimité des personnes en gérant leurs amours, leurs épreuves et leurs échecs qui se répercutent sur leurs corps. Une bio-politique qui n'est donc pas fondée sur le droit et la sanction mais sur des normes, des pouvoirs quant à la gestion du vivant. Une bio-politique qui n'est pas seulement l'apanage d'un gouvernement et d'une administration mais qui émane également de toutes les institutions et les groupes sociaux à un niveau plus local (Lupton, 1995).

Fassin (1996) remarque que dans de nombreuses civilisations la gestion de la vie s'est faite et n'a pu se faire qu'avec l'émergence de certaines structures étatiques. La santé s'est toujours trouvée être l'objet de préoccupations politiques et le moyen pour l'État de légitimer son pouvoir en l'imposant dans la sphère personnelle des individus. Ainsi, selon Fassin (1996), « c'est dans l'institutionnalisation de la fonction politique, dans l'émergence de pouvoirs forts et centralisés, dans les logiques d'instauration et de légitimation de l'ordre étatique que la santé publique trouve son origine » (p.231).

Le biopouvoir a trouvé son expression ultime avec la naissance de l'État-Providence (Ewald,1985). Ewald note que la modernité a mis en avant le problème du vivant et a donné pour tâche au pouvoir d'assurer la conservation de ces vivants que sont devenus les citoyens et d'actualiser leur potentialité de vivants, selon ses propres termes. Jusqu'alors, le raisonnement politique et moral du droit prenait pour base la liberté et ne reconnaissait pas un droit au secours : chacun était responsable de sa vie, de son état de santé et des événements auquels il devait faire face, selon une justice naturelle (Ewald, 1996). Lorsqu'est posé au XIXe siècle que l'individu et plus particulièrement le pauvre ne peut être responsable du milieu dans lequel il vit, la responsabilité devient celle des patrons puis de l'État. Au Siècle des Lumières qui

avait déjà posé le problème des risques encourus par chaque individu au cours de sa vie, notamment celle de la perte de revenus liées à des accidents, des maladies, ou à la vieillesse (Condorcet, 1988), succède vers le milieu du XIXe siècle les prémisses d'un État Providence et de sa politique de sécurité qui verra sa maturité au XXe siècle.

La nouvelle émergence de la santé publique qui accompagne celle de l'État Providence conjuge sphère politique et sphère médicale. Fassin (1996) en fait ainsi un espace autonome où se construisent « les normes et les institutions qui régissent le rapport du corps physique et du corps social ». Selon lui, depuis l'Antiquité, dans les civilisations avec un pouvoir central fort, l'institutionnalisation de la santé publique s'est faite selon deux directions 1) la régulation des métiers de la santé par l'autorité politique et 2) la mise en place par les pouvoirs politiques de dispositifs et de mesures propres à améliorer les conditions sanitaires.

A l'heure actuelle, avec le développement de l'État Providence et le développement des connaissances du vivant, c'est une véritable gestion de la vie qui est faite, gestion que Folscheid et Wunenburger (1997) posent à trois niveaux. Ils constatent en premier lieu un système gestionnaire des corps dont l'exemple le plus flagrant est les dons d'organes et de sang. Ils identifient également une gestion des vies à travers notamment des pratiques de médecine prédictive ou de planning familial. Enfin la tentation d'une gestion médicale des populations se fait plus grande avec les progrès de la génétique mais peut conduire sans garde-fou à un eugénisme « dévorant ». Folscheid et Wunenburger (1997) y ajoutent la problématique économique de la gestion des ressources dans le système de santé. La pratique de la santé publique pourrait alors être identifiée à un processus de normalisation selon lequel on mesure les populations et on les compare en vue de déterminer leur normalité relative (Lupton, 1995). Par cette gestion multiple, ce sont de véritables nouvelles normes qui sont imposées aux personnes. La santé publique s'impose donc comme une véritable culture (Fassin, 1996), mais une culture qui véhicule aussi une morale sur ce que l'on

doit faire et ne pas faire pour être en santé, tant au niveau de l'individu que de la population.

2.1.2. Faut-il en conclure au grand méchant loup de la santé publique ?

Il est difficile de dire quelle place occupe la santé publique dans notre vie publique et privée. Si l'on regarde son importance en termes de budget et de place dans les institutions publiques, celle-ci n'est pas prioritaire. Ainsi Fassin (2000) constate en France qu'elle occupe une place de second rang dans la « hiérarchie » ministérielle et médicale et conclut à sa modestie et à son inefficacité à partir d'expériences comme celle du sang contaminé. Comment alors expliquer ce manque d'envergure alors que son domaine s'étend de la santé aux facteurs qui la déterminent tant biologiques que comportementaux et environnementaux ? L'une des explications peut être trouvée dans la relation entre les politiques de santé et le système de soins, relation analysée par Barer, Marmor et Evans (1994) et que nous allons reprendre autour de trois points :

1) Malgré le discours tenu pour orienter les politiques de santé vers les déterminants autres que les soins, le système de croyance dominant de la société repose sur la proposition selon laquelle la médecine demeure la solution aux problèmes de santé.
2) Le système de soins draine d'énormes ressources, les soins étant considérés comme la plus importante industrie des pays de l'OCDE. Tous les intérêts en présence visent à conserver les ressources dans le domaine du curatif. La problématique du système de soins est donc posée comme une problématique de ressources, soit qu'il est sous-financé et c'est là la position des professionnels de la santé par exemple, soit que le contrôle des coûts est inévitable. Dans les deux cas une (ré)allocation vers d'autres déterminants est peu plausible.
3) Il demeure particulièrement difficile d'imposer des valeurs de santé dans les secteurs qui correspondent à d'autres déterminants de la santé que les

soins où d'autres intérêts économiques et politiques par exemple sont en jeu.

Ces auteurs ne peuvent alors que constater l'expansion continue de la médecine où les professionnels de la santé intègrent des pratiques de prévention aux services qu'ils offrent. C'est ainsi que le système de soins semble avoir une certaine autonomie par rapport à l'État, en accaparant la majeure partie des ressources allouées à la santé, l'État manifestant par là une faible capacité d'intervenir sur d'autres déterminants de la santé.

Il demeure étonnant que malgré toutes ces difficultés à voir les ressources allouées dans une perspective de santé publique et de prévention plutôt que dans celle des soins, des préceptes, des pratiques de santé publique pénètrent nos vies et les influencent. Les exemples cités par Lupton (1995) sont très explicites. Tous nous apprenons aux enfants à ne pas mettre d'objets dans la bouche, à ne pas tousser au visage d'une autre personne. Il reste que ces comportements que nous avons tous intégrés et qui nous apparaissent relever de la simple évidence sont tous des pratiques de santé publique. Ces gestes sont même devenus des marques de politesse et de savoir-vivre. (Que l'on pense à cette ombre de culpabilité qui « pointe » lorsque l'on goutte le repas avec la cuillère de cuisson – abstraction faite du pêché de gourmandise.). Ainsi les valeurs et les comportements de santé sont transmis de façon subtile, non pas par des agents externes contraignants mais à travers une compréhension partagée de ce qu'est une bonne personne, tant au niveau de la famille que du système éducatif, des groupes sociaux, des medias par exemple (Lupton, 1995). Il faut ici souligner que ces pratiques de santé reposent sur des interventions visant à modifier les comportements individuels. L'État demeure défaillant pour ce qui est de modifier les facteurs structurels de la santé car ce type de politiques le mettrait face à de puissants intérêts économiques et politiques.

2.1.3. Une tension persiste-t-elle entre santé publique et santé personnelle ? Est-ce que les normes que la santé publique cherche à véhiculer vont toujours renforcer les normes personnelles de la personne ?

La santé publique se montre d'abord problématique en ce qui concerne la liberté individuelle d'exister selon des valeurs personnelles qui touchent la santé. En effet, la santé publique impose des valeurs, des comportements qui ne coïncident pas forcément avec la santé telle qu'elle est conçue par les individus. N'oublions pas qu'à l'instar de Canguilhem (1966) et de Dubos (1961), la santé peut être entendue comme un processus créateur de normes dont le danger fait parti, dans lequel l'individu cherchera à dépasser ses limites, au risque de se rendre malade. Si l'État cherche à protéger les personnes contre certains risques, celles-ci vont également chercher, consciemment ou inconsciemment à en provoquer d'autres parce que cela fait partie de leur santé. La discussion s'engage lorsque le risque recherché par la personne est le même que celui que l'État cherche à prévenir. Prenons, un exemple, fumer.

Fumer provoque des risques pour la santé des individus qui fument ainsi que pour leur entourage. Des politiques publiques de santé ont été mises en place jouant sur différents vecteurs à la fois individuels et collectifs comme la taxation, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, l'information et la peur de la maladie, l'éducation. Lorsqu'on se place au niveau individuel, fumer est un acte qui permet à la personne, outre le plaisir, de pallier à certains de ses malaises (maladies ?) sociaux, de rester « en santé » oserons-nous dire si l'on définit la santé comme une adaptation et une autonomie de l'individu vis à vis son environnement, par exemple en permettant d'évacuer certains stress (la pause cigarette au travail) ou de s'affirmer socialement pour les jeunes et les moins jeunes. L'État a une vision à long terme de la vie d'une personne, ici la perspective d'un cancer et cherche à protéger les individus contre ce risque, alors que la personne qui fume se trouve à répondre à des besoins immédiats. Mais la décision d'intervention porte en fait d'une part sur l'hypothèse que les individus ont en général un contrôle complet de leurs comportements liés à la santé et d'autre part sur un certain degré de moralité de l'acte en question. Car qui dirait

maintenant que fumer est un bien ? Des valeurs paradoxales caractérisent notre société car qui empêcherait une personne de pratiquer des sports extrêmes quand la prise de risque devient une preuve de courage voire même un spectacle. Pour Illich (1975), il s'agit d'une véritable expropriation de la santé. En effet, la santé s'exprimant à travers l'autonomie de la personne, tous les actes préventifs, diagnostiques et thérapeutiques venant du système de santé menaceront la santé de l'individu en réduisant son autonomie.

Nous pouvons aller jusqu'à dire que ces normes qui sont imposées par la santé publique étouffe l'homme au profit du vivant. L'homme exprime sa santé et son autonomie à travers ses succès mais également ses erreurs, ses mauvais calculs, ses penchants pour le mal. C'est aussi par eux qu'il peut réfléchir sur le sens qu'il veut donner à sa vie. C'est également par eux qu'une morale existe et évolue. Or le bio-pouvoir met en avant le vivant au détriment de l'humain. Mais on ne peut tirer du vivant aucune morale (Ewald, 1985). Dès lors, d'où viennent ces normes véhiculées par la santé publique ? Il semblerait que la santé publique se soit idéalement fixé un but, la santé parfaite, par un moyen tout aussi idéal, l'homme parfait (Sfez, 1995). Mais, pour Canguilhem, (1966), « en matière d'adaptation, le parfait ou le fini c'est le commencement ou la fin des espèces » (p.197). Ainsi, ce dernier souligne cette difficile compatibilité entre les normes individuelles et collectives de la santé en mentionnant que la dénomination « santé publique » est maladroite car les deux termes qui la constituent obéissent à des logiques différentes.

Mais que la santé soit également selon les termes de Fassin (1996) de nature politique et non pas seulement médicale est aussi un grand avantage car cette caractéristique permet de mettre la santé au cœur du débat public. Sans doute demeure-t-il difficile d'initier certains débats publics face à une technocratie administrative et un pouvoir central fort – n'oublions pas les difficultés pour le citoyen à s'exprimer, difficultés à la fois personnelles et systémiques. Mais la santé atteint suffisamment l'intimité des personnes pour motiver un débat public. Et c'est peut être au niveau de ce débat public que pourrait se faire le passage du niveau individuel au niveau collectif. Ainsi,

si Fassin (1996) souligne qu'après avoir été une activité politique puis médicale, la santé s'impose comme une activité civique « à travers un processus de normalisation et de médicalisation des déviances » (p.263), elle doit également être considérer par toutes les parties en présence comme une activité civique de la discussion.

2.2. Un droit à la santé ?

2.2.1. Un droit à la santé relatif

La santé a été mise en avant par la communauté internationale comme l'une des grandes valeurs du XXe siècle. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme l'inscrit dans l'Article 25 paragraphe 1, en posant que les déterminants de la santé doivent être garantis aux individus :

> " Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour garantir sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires, elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté" (1998, p.16-17).

Il faut ici souligner que l'on parle de droits fondamentaux mais que ceux-ci portent sur des moyens d'atteindre la santé, et non sur cette dernière. Ainsi la santé n'est pas elle-même un droit fondamental absolu mais plutôt un droit relatif (de Forges, 1986). En effet, pour que la santé soit un droit absolu, une norme juridique qui puisse être appliqué et respecté, il faudrait une définition extrêmement précise de la santé qui fournisse des critères précis en vertu desquels un état pourrait être condamné en ne respectant pas ce droit à la santé (Dury, 2000), par exemple un certain niveau d'espérance de vie à atteindre. Or la définition maintenant classique de la santé – celle de l'OMS, en fait un bien-être physique, psychique et social qui est un concept philosophique et non un objet fongible au sens légal du terme ou l'expression

scientifique précise d'un état particulier (Fluss, 1997). De plus, la définition de l'OMS exige une perfection, crée des attentes infinies ne pouvant être jamais satisfaites (Callahan, 1972). Ainsi, dans la pratique, on se réfère à un droit à la santé qui n'a jamais été adopté par l'Assemblée de l'OMS (Fluss, 1997). Les déterminants de la santé tels qu'ils sont énoncés dans la Déclaration des Droits de l'Homme comme le logement, l'habillement, les soins médicaux etc apparaissent plus maniables du point de vue juridique en étant quantifiables et prenant la forme de biens économiques. On pourrait alors envisager des droits aux déterminants de la santé tels qu'ils sont définis dans la Déclaration des Droits de l'Homme mais là encore on a recours à une norme qui définit le besoin de ces biens, leur caractère nécessaire pour un individu à la fois qualitativement et quantitativement. Souvent, on se réfère à un droit aux soins mais celui-ci est trop étroit pour couvrir le champ possible d'un droit à la santé dans le sens où les soins ne sont qu'un déterminant parmi d'autres de la santé. Il reste alors à s'interroger sur les devoirs de l'individu à être en santé si l'on considère qu'il participe activement par son comportement à sa santé…

Toutefois il faut mentionner qu'un droit *de* la santé est quant à lui établi et se définit comme « l'ensemble des règles applicables aux activités dont l'objet est de restaurer la santé humaine, de la protéger et d'en prévenir les dégradations » (de Forges, 1986). L'OMS et les autres organisations internationales compétentes en matière de santé participent à la création d'un droit international de la santé, à l'instar des droits nationaux, en posant des normes juridiques et techniques par exemple des normes de santé en milieu de travail.

2.2.2. La santé, une valeur universelle

La santé est donc une valeur, une norme que l'on promeut parce qu'elle est au cœur des soucis de dignité et de respect de la personne ainsi que de justice, thèmes dominants de cette fin de siècle (Fritz, 1999). Il faut ici souligner combien ces

valeurs, issues de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, sont spécifiques à la pensée occidentale et le défi demeure d'intégrer ces valeurs occidentales aux cultures des autres sociétés du monde par des phénomènes de recomposition des identités individuelles et collectives (Bibeau, 2000). La santé s'est ainsi retrouvée au cœur des préoccupations des Nations Unies. D'une part celles-ci réaffirment l'autorité de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. On trouve dans le Préambule de la Charte des Nations Unis :

> « Nous, peuple des Nations Unies, résolus (...) à proclamer à nouveau notre foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine (...) à favoriser le progrès social et instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande (...) avons décidé d'associer nos efforts pour réaliser ces desseins ».

D'autre part, les Nations Unies réaffirment et précisent leur position vis à vis la santé et ses déterminants dans l'article 55 de la Charte :

> « (...) les Nations Unies favoriseront
> a) le relèvement des niveaux de vie, le plein emploi et des conditions de progrès et de développement dans l'ordre économique et social
> b) la solution des problèmes internationaux dans les domaines économique, social, de la santé publique et autres problèmes connexes, et la coopération internationale dans les domaines de la culture intellectuelle et de l'éducation, le respect universel et effectif des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion ».

D'autres conventions plus spécifiques aux personnes promeuvent la santé (Fluss, 1997), comme la Convention sur les Droits de l'Enfant (1989) à jouir du plus haut niveau possible de santé ou la Convention sur l'Elimination de toute Forme de Discrimination contre les Femmes (1979) par laquelle les femmes ont le même accès que les hommes aux soins ainsi qu'au planning familial, ou encore la Convention pour la Protection de tous les Travailleurs Émigrés et des membres de leur famille (1990). Il existe également des conventions régionales visant la protection de la santé des individus et des populations comme la Charte Sociale européenne (1961), la Déclaration Américaine des Droits et des Devoirs de l'Homme (1948) ou la charte Africaine des Droits de l'Homme et des Populations (1981) (Fluss, 1997).

La santé, par l'importance qui lui fut accordée et par sa spécificité, s'est vue octroyer un organisme onusien voué à sa promotion, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1947. Celle-ci définit la santé comme un état complet de bien-être physique, psychique et social, prenant ainsi en compte des facteurs sociaux et environnementaux et des maux dans une approche plus large que la maladie physique et des facteurs essentiellement biologiques. Une définition également très générale qui conforte la place de la santé comme un idéal. Ses buts (OMS, 1989) sont :

1) D'instaurer l'équité et l'élévation du niveau général de santé.
2) D'assurer à tous une vie plus longue et de meilleure qualité.
3) Réduire certains types de mortalité.

L'OMS peut assurer ces trois buts à travers cinq modes de régulation (Fluss, 1997) :

1) Elle prend les mesures sanitaires et de quarantaine, entre autres mesures, prévenant l'étendue internationale de la maladie ;
2) Elle établit des nomenclatures relatives aux maladies, aux causes de décès ainsi qu'aux pratiques de santé publique.`
3) Elle fixe des standards relatifs aux procédures diagnostiques pour un usage international
4) Elle fixe les standards sur la sécurité, la teneur et la portée des produits biologiques, pharmaceutiques et tout autre produit similaire, échangés dans le cadre du commerce international
5) Elle joue un rôle de conseil quant à ces produits et leur dénomination.

Les Nations Unies restent toutefois compétentes dans ce domaine. Il apparaît une réelle cohérence entre les objectifs de la Charte des Nations Unies et ceux de l'OMS, cohérence qui tend vers un chevauchement de compétence tant la définition de la santé par l'OMS est globale et recouvre tous les secteurs de la vie des personnes. Mais ce chevauchement n'est pas seulement causé par une définition mais aussi par une réalité : la pauvreté apparaît comme le principal déterminant de la santé individuelle, familiale et communautaire (OMS, 1995), pauvreté qui relève de problèmes tant

économiques que sociaux, politiques et culturels. Ce chevauchement ne peut être considéré comme un mal en soi et interprété comme un disfonctionnement bureaucratique. En effet, si les politiques de santé se réfèrent à d'autres secteurs que le secteur sanitaire, par exemple l'éducation ou à d'autres sphères – prenons l'exemple de la sphère économique si l'on considère une politique de santé comme une politique sociale, là où l'OMS peut se buter aux limites de ses compétences, d'autres organismes onusiens peuvent prendre le relais comme le Bureau International du Travail, le Programme des Nations Unies pour le Développement, l'Agence Internationale de l'Énergie Atomique ou l'UNESCO qui établit le protection du génome humain, etc (Fluss, 1997).

Les valeurs défendues par l'article 55 de la Charte des Nations Unies, notamment la santé, ont pris au fil des années plus d'importance alors qu'elles n'étaient au départ perçues qu'en tant que moyen d'une paix entre États : «Centre de gravité de la Charte, l'article 55 est devenu la clé de voute de ce que l'on pourrait appeler "l'idéologie mondiale" et la principale source d'inspiration de l'action effective de l'Organisation (p..845). La déclaration d'Alma Ata (1978) faite conjointement par l'OMS et l'UNICEF met en avant la santé comme « un objectif social extrêmement important ». Le programme de La Santé pour Tous en 2000 de l'OMS fait écho à cette Déclaration en promouvant un système de soins basé sur les soins primaires et des actions dans des secteurs socio-économiques reliés à la santé. Il faut ajouter à cela le premier traité mondial de santé public qu'est en train d'élaborer l'OMS pour combattre le tabagisme en construisant notamment un réseau d'organisations non-gouvernementales mobilisées contre le tabac (OMS, 2001).

Bartoli (1999) interprète cette évolution comme l'émergence d'un nouveau paradigme du développement humain. Cette orientation s'est notamment ressentie dans la Charte d'Ottawa (1986) pour la promotion de la santé où la santé est définie dans une perspective de développement humain comme

> « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la

vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques ».

Toutefois, tout discours en termes de ressources ne devrait pas faire oublier une logique de résultat (Sen, 1992) qui est ici la satisfaction des besoins. Que fera-t-on si un individu échoue à satisfaire ses besoins malgré les programmes qui visent à améliorer sa santé, sa capacité d'adaptation à un milieu et à des évènements ?

2.2.3. Les obstacles à un droit à la santé

Toutefois, les orientations et les recommandations de l'OMS et des autres Conventions relatives de près ou de loin à la santé restent à la discrétion des états (Bélanger, 1997). Ce sont eux qui en dernier ressort décideront de la législation, des ressources allouées dans leur système de santé, des priorités et des politiques qu'ils mettront en place. Le « droit » à la santé demeure un problème éminemment dépendant de la volonté politique des dirigeants des pays bien que, de plus en plus, des actions qui dépassent la juridiction nationale sont entreprises.

A cette volonté politique s'ajoute la nécessité d'une volonté économique. Les politiques de santé sont cataloguées dans la catégorie des politiques sociales et non économiques et sont laissées pour compte dans le pilotage des politiques économiques. Il conviendrait en outre de rediscuter ce découpage et les fins de ces deux sphères sociale et économique. Si les politiques sociales ont pour fin le développement et le bien-être humain, quelles seraient les fins de la sphère économique ? Pourtant c'est bien celle-ci qui domine avec ses organisations internationales reliée à l'ONU comme le FMI et la Banque Mondiale. Or, on peut conclure à l'échec partiel de la sphère économique à promouvoir de façon satisfaisante le développement humain compte tenu d'une situation de plus en plus inégalitaire quant à la pauvreté humaine. Bortoli (1999) parle ainsi de maldéveloppement. Si l'on retient l'indicateur de l'espérance de vie à la naissance qui

renvoie pourtant une image pauvre de ce que peut être la santé, on constate déjà des écarts énormes. Ainsi pour 1999, l'espérance de vie était au Japon de 77.6 ans pour les hommes et 84.3 pour les femmes alors qu'en Sierra Leone elle est respectivement de 33.2 et 35.4. Si à Singapour, la probabilité de mourir avant l'âge de 5 ans est de 3 pour mille pour les femmes, elle est de 339 pour mille au Niger (OMS, 2000).

Il s'agit donc bien de redéfinir les buts et les pratiques de la sphère économique et de se questionner sur l'obligation ou non pour la sphère économique, obligation que nous pourrions qualifiée d'éthique, d'obéir à un but collectif fixé dans les Déclarations des Droits de l'Homme et des organisations internationales. Le Rapport 2000 du Programme des Nations Unis pour le Développement est formel : « les principaux ministères chargés des questions économiques tels que celui des finances et de la planification doivent prendre en compte les droits dans le processus de la politique économique ».

La santé fait ainsi figure de Bateau Ivre entre une volonté morale mondiale qui la plébiscite au nom de la dignité humaine et de la justice et des actions politiques et économiques centrées sur d'autres valeurs et d'autres logiques. Que devient parmi ces courants collectifs notre santé personnelle, intimité de nos joies et de nos peines à nos projets ? Ainsi, lorsqu'elle est promue, il n'est pas sur que la santé soit encore défendue.

2.3. Le droit aux soins comme expression du « droit » à la santé : l'exemple du Canada

2.3.1. La Loi Canadienne sur la santé

Comment ce droit à la santé s'exprime-t-il ? Nous avons vu que la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme posait le droit à un niveau de vie suffisant pour garantir la santé et le bien-être, se traduisant entre autres par l'alimentation, le logement, les soins médicaux etc. ils posent également un droit à la sécurité notamment en cas de maladie. Du point de vue historique, l'État est intervenu sur la santé d'abord par des mesures de santé publique, comme par exemple les mises en quarantaine, et a ensuite investi le domaine des soins, cheminement logique de l'exercice de son bio-pouvoir. On parlera alors du droit aux soins comme expression du droit à la santé, un droit plus ou moins réalisé dans les pays occidentaux. Toutefois, avec l'avancement des connaissances scientifiques, on sait que les soins ne sont qu'un des déterminants de la santé. Devrait-on alors imaginer des droits à ces autres déterminants de la santé qui seraient eux-aussi l'expression du droit à la santé ? Mais pour l'heure, il s'agit de voir si un droit aux soins existe réellement.

La mention d'un droit aux soins est fréquente. D'une part, ce droit fait référence à une politique très organisée puisque l'on parle de systèmes de soins et de santé. D'autre part il concerne l'ensemble de la population car tous nous tombons malades et a une connotation émotionnelle immédiate et très forte parce qu'il peut y être question de vie et de mort alors que dans nos pays occidentaux les autres déterminants de la santé ne véhiculent pas cette perception d'une issue fatale. Pour plus de commodité nous nous restreindrons à un système de soins particulier, celui du Canada. Ainsi, nous mettrons en évidence certains principes, les intérêts et mécanismes qui sont susceptibles d'intervenir dans la promulgation, le maintien et la précarité d'un droit aux soins.

Le système de soins canadien consiste en une assurance-santé publique dont le financement se fait à partir d'un prélèvement fiscal.

> « Le programme national d'assurance-santé a pour but de veiller à ce que tous les résidents du Canada aient, selon des conditions raisonnables, accès aux services assurés qui sont médicalement nécessaires sans avoir à débourser directement pour ces services » (Santé-Canada, 2001).

La Loi Canadienne sur la Santé est une loi fédérale de 1984 et régit cette assurance-santé selon cinq principes : 1) *la gestion publique* des régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires, 2) *l'intégralité* des services de santé assurés doit être couvertes, 3) *l'universalité* à partir de laquelle 100% des résidents assurés ont droit aux services de santé assurés offerts, 4) *la transférabilité* de ce droit d'une province à l'autre, 5) *l'accessibilité* aux services de santé assurés, sans accès restreint par des frais modérateurs, une surfacturation, l'âge, l'état de santé ou la situation financière (Santé-Canada, 2001)

Le mode de financement fiscal, « à la Beveridge », ne pose aucun lien entre les contributions qui dépendent du revenu et les prestations nécessaires (Dafflon et Weber, 1984) : chacun reçoit les soins dont il a besoin et qui sont couverts par l'assurance-santé, quelle que soit sa capacité de payer. La Loi Canadienne sur la Santé vient renforcer ce principe notamment par l'universalité et l'accessibilité des soins. On peut dire qu'un droit aux soins est véritablement à l'œuvre dans le système de soins canadien d'autant plus qu'il reflète un principe profondément ancré dans les valeurs de la population canadienne. L'accessibilité et la qualité sont perçues par la population comme les piliers du système de soins et l'égalité d'accès comme le symbole des valeurs canadiennes (Forum National sur la Santé, 1997). De plus, non seulement les valeurs de la population canadienne renforcent ce droit aux soins mais à l'inverse le système de soins canadien et son égalité d'accès est devenu un élément fondamental de l'identité canadienne (Forum National sur la Santé, 1997). Un bémol persiste toutefois au niveau de la couverture des services. En effet, si toutes les personnes sont couvertes, seuls les services nécessaires sont couverts par l'assurance-

santé et un point litigieux peut persister sur le sens que l'on donne au caractère nécessaire d'un service.

2.3.2. Un droit aux soins fragile

Toutefois, l'universalité et l'accessibilité que promulgue la Loi Canadienne sur la Santé reste fragile. En effet, une rhétorique de la crise du système de soins où l'on remet en cause l'intervention de l'État est à l'œuvre, une crise que nous allons aborder à partir de trois points de vue que nous allons résumer ici, celui des finances publiques, de l'État-Providence d'une façon très générale et enfin le point de vue plus spécifique de la régulation du système de soins. Nous restreindrons notre analyse à la problématique du financement des soins.

2.3.2.1. Une crise des finances publiques

En effet, le discours sur la crise des finances publiques que traverse le Canada se fait de plus en plus pressant. Le poste santé se révèle gourmand en ressources dans le budget de l'État. En 1999, le Canada a dépensé environ 86 milliards de dollars pour les soins de santé ce qui correspond à 2815 dollars par habitant. Toutefois, on ne peut conclure à l'échec d'une politique de contrôle des coûts car depuis 1990 la part des dépenses de santé en pourcentage du PIB reste légèrement supérieure à 9% (CIHI, 2000), ce qui ne permet pas de distinguer la situation du Canada en terme d'efficacité du contrôle des coûts des autres pays de l'OCDE. Si l'on regarde à présent la croissance des dépenses publiques de santé, on assiste à un ralentissement depuis le début des années 90 avec des taux de croissance inférieurs à 5% (ils étaient situés entre 5% et 10% dans les années 80 et supérieurs à 10 à la fin des années 70) (CIHI, 2000). Les dépenses publiques de santé ont eu tendance à augmenter plus rapidement ces dernières années dans un contexte de surplus budgétaire. Il ne faut donc pas seulement interpréter la croissance des dépenses de santé comme un phénomène qui s'autogénère pour l'essentiel mais aussi comme un phénomène fort dépendant de la

situation économique du pays (Deber, 2000). Cette crise des finances publiques place l'État dans une situation paradoxale où celui-ci doit restreindre ses dépenses de santé alors qu'elles sont l'un des piliers de sa légitimité (Contandriopoulos, 2001).

2.3.2.2. Une crise de l'État-Providence

Toutefois cette crise des finances publiques peut être considérée comme l'une des manifestations – mais sans doute la plus frappante aux yeux de l'opinion publique et, par là, la plus utilisée dans les discours, de ce que l'on appelle depuis le début des années 80 la crise de l'État-Providence.

Celle-ci peut être caractérisée par trois remises en question (Rosanvallon, 1984). La première concerne les finalités que se donne la société et l'égalité qui était l'une des valeurs fondatrices de l'État-Providence est devenue l'objet de discussions. La seconde est relative à la régulation sociale et aux limites de la solidarité mécanique. Fort de son succès dans ses politiques de protection des risques sociaux et de redistribution des revenus, la politique fiscale de l'État masque et fait oublier aux contribuables qui veulent payer moins d'impôts les rapports sociaux de solidarité qui en sont le support. Enfin, la dernière remise en question de l'État-Providence selon Rosanvallon concerne la régulation économique qui repose sur un cadre théorique d'analyse et de politique, le cadre keynésien, qui ne fonctionne plus dans l'état présent de nos sociétés et de nos économies. La crise de l'État-Providence apparaît comme une crise des valeurs sur lesquelles il est fondé et qu'il promeut, ainsi qu'une crise de ses formes d'intervention. C'est ainsi que l'on est amené à s'interroger sur la capacité de l'État de continuer de protéger le vivant. La partie la plus visible de l'iceberg est la difficulté que l'État rencontre actuellement avec ses modes d'intervention. D'une part a vu précédemment que l'État avait du mal à contrôler le système de soins alors qu'une logique marchande tente de s'immiscer dans le système. D'autre part, des politiques de santé orientées vers d'autres déterminants de la santé semblent difficiles. Mais, plus profondément, c'est bien la capacité de l'État de contrôler un projet de santé qu'il faut réinterroger.

La crise de l'État-Providence se manifeste actuellement dans les énoncés de politiques publiques – nous prenons ici l'exemple de la société québécoise, par une réaffirmation de l'autorégulation par le marché dans un monde où la dimension économique est dominante. L'un des exemples les plus typiques de cette concordance entre santé, économie et État néo-libéral est sans doute le rapport de la Banque Mondiale de 1993 « Investir dans la santé » où, dans une approche de capital humain, la santé des individus est vue comme l'un des moteurs de la santé de l'économie et justifie par là certaines politiques sociales. La crise de l'État-Providence passe également par une remise en question des politiques sociales universelles qui s'annonce favorable à des interventions auprès de populations-cibles (Bourque et Beauchemin, 1994). Comment les politiques de santé s'encastrent dans ce discours néo-libéral ? En fait, elles le font plutôt bien pour ce qui est de la promotion de la santé (Chabot, 2001) car depuis une vingtaine d'années la promotion de la santé s'est fixée comme but de développer le potentiel des individus afin qu'ils puissent réaliser les objectifs qu'ils se sont choisis ou qui s'imposent à eux et, ainsi, être en santé

Ainsi c'est tout le rapport de l'individu à la société qui est redéfini. La société n'est plus responsable des évènements aléatoires et/ou malheureux qui peuvent survenir dans la vie d'un individu et l'État n'a plus à sa charge de protéger ses citoyens de ces risques : il n'y a plus de risque social mais des risques individuels et le rôle de l'État est alors de renforcer le potentiel de l'individu afin qu'il puisse y faire face seul (Beauchemin, Bourque et Duchastel, 1995). Mais l'individu peut-il faire face seul au risque financier causé par la maladie – que l'on peut difficilement rayer de la carte, comme le coût des soins et la perte de revenus en cas d'arrêt de travail ? Le système de soins de ce nouvel État tel qu'il semble se profiler serait un système à deux vitesses où ceux qui n'ont pas les moyens financiers –et le potentiel individuel, de faire face à ce risque seraient protégés par l'État dans une perspective d'assistance sociale. Mais il demeure particulièrement difficile à concevoir qu'un système à deux vitesses, même en supposant les sous-systèmes publics et privés parfaitement complémentaires, puisse garantir un droit aux soins tant le système a été caractérisé

par les experts d'inefficient et d'inéquitable – à moins que l'on accepte que certaines personnes aient plus de droit aux soins que d'autres. Il s'agit par conséquent pour l'État de rendre l'individu apte à « fonctionner » dans le marché.

Comment pourrions-nous caractériser l'État-Providence dans le système de soins canadien? Esping-Andersen (1990) distingue trois types d'État-Providence que l'on retrouve dans les pays occidentaux sous une forme hybride : 1) *l'État-Providence libéral* axé sur l'assistance sociale et les besoins reconnus, les autres questions étant laissées au marché, 2) *L'État-Providence corporatiste/conservateur* avec un système d'assurance sociale et des principes d'élégibilité et 3) *L'État-Providence socio-démocrate*, universel, fondé sur la solidarité, et qui pose une égalité de statut. Le Canada se caractérise par un fort degré de libéralisme, un socialisme moindre et un conservatisme faible (Esping-Andersen, 1990). Toutefois, les modifications des programmes sociaux depuis le début des années 80 ont renforcé la position dominante d'un État-Providence libéral (Beauchemin, Bourque et Duchastel, 1994 ; Boismenu et Noel, 1995). Le secteur de la santé a semblé relativement épargné durant cette période notamment par l'instauration de la Loi canadienne sur la Santé avec toutefois un bémol : dans les années 90, l'état fédéral a réduit ses transferts financiers aux provinces. Malgré tout, les principes d'universalité et d'accessibilité qui caractérisent le système de soins canadien permettent de conclure que jusqu'alors l'État-Providence y a été de type social-démocrate. Mais pour combien de temps encore ? Cette incertitude est palpable et très profondément ressentie par la population canadienne. En effet, il ressort d'une étude auprès de celle-ci que beaucoup pensent que le système de soins est en péril et sous la menace d'une réforme qui reflèterait d'autres courants idéologiques que le courant social-démocrate (Forum National sur la Santé, 1997), d'autant plus que la population n'est pas véritablement un groupe d'acteurs du système de santé : ce sont en fait chacun des quatre groupes d'acteurs (professionnels, gestionnaires, monde marchand et monde politique) qui vont tenter de convaincre la population qu'ils parlent en son nom afin d'acquérir une légitimité (Contandriopoulos et al., 2000).

Les débats sur la crise de l'État-Providence dans le système de soins se sont jusqu'à présent tenus dans le domaine économique et en des termes que nous pourrions qualifier de « classiques ». Ainsi, à une rhétorique de la crise financière du système de soins (Evans, Barer et Stoddart, 1993) on doit ajouter la présence de différents courants idéologiques qui ont eu leur propre manière d'utiliser cette rhétorique. Depuis les années 80, les partis politiques de droite gagnent en influence et on assiste à une remise en cause de l'État-Providence qui a pour effet, dans le secteur de la santé, de penser le système de soins dans une réforme dont le caractère perpétuel est à questionner. L'alternative à l'État-Providence que ces partis politiques proposent est celle du marché. Morone et Goggin (1995) distinguent ainsi trois points de vue à l'œuvre dans les systèmes de soins :

1) Les tenants du marché dont la démarche s'inscrit dans un agenda politique et dont les arguments économiques viennent tout droit d'une interprétation restrictive de certains manuels d'économie, à savoir que le marché est plus efficient, renforce le statut du consommateur et permet un meilleur contrôle des coûts.
2) Les tenants de l'État-Providence pour lesquels l'instauration d'une régulation du système de soins par le marché mettra fin au droit à des soins égaux pour les citoyens canadiens.
3) Les « bricoleurs » de politiques publiques qui conçoivent les caractéristiques du marché comme de simples instruments qui vont permettre à l'État de réaliser certains de ses objectifs.

2.3.2.3. Une crise de la régulation du système de soins

Ces discours sur la crise des finances publiques et la crise de l'État-Providence produit un discours sur la crise de la régulation du système de soins puisque l'État y est vu défaillant. La régulation par le marché est régulièrement posée comme l'alternative à l'État-Providence, soit au niveau organisationnel et le début des années 90 a vu toute une panoplie de mécanismes de marché proposée pour la régulation du

système, soit au niveau du financement et l'on parle ici de privatisation. Or, l'expérience internationale de ces quarante dernières années a montré comment une plus grande place faite au marché dans la régulation du système de soins est associée à un système moins performant qui produit inéquité et inefficience, une escalade des coûts et l'insatisfaction du public (Evans, 1997). Le meilleur exemple reste les caractéristiques et les résultats du système de soins américain.

Malgré cela, le recours au marché est récurrent dans les discours sur l'organisation des soins (Contandriopoulos, Denis et Dubois, 2000). Parce que le système de soins se caractérise par la présence d'intérêts divergents, l'attrait pour le marché persistera tant que ce dernier permettra à certains de gagner au détriment des autres (Evans, 1997). Aussi Evans (1997) identifie une alliance naturelle d'intérêt économique entre les fournisseurs de soins et les citoyens aux revenus importants dont le but est de déplacer la source de financement du domaine public au domaine privé et ainsi, si les individus paient eux-mêmes leurs soins :

1. Les médecins, les compagnies pharmaceutiques et les assurances privées augmenteront leurs prix pour augmenter leurs revenus,
2. Les personnes riches ne contribueront plus au financement des soins des personnes les plus pauvres
3. Les personnes riches ont les moyens d'acheter un meilleur accès et une meilleure qualité des soins.

Cette alliance se renforce par le fait qu'au Canada l'importance des classes ouvrières diminue et voient leurs effectifs glisser vers les classes moyennes (Esping-Andersen, 1990). Ce phénomène affaiblit la position d'un État-Providence social-démocrate dans le secteur de la santé parce que plus de personnes auront les moyens financiers d'être attirées par un système doté d'un financement privé. Si la part du financement public des soins diminue, on verra le système de soins devenir plus autonome par rapport à l'État et perdre son caractère universel. Cela en sera alors bien fini d'un État social-démocrate dans le système de santé.

Dans le système de soins canadien, il semble que le marché (à tout le moins pour l'instant son projet) s'immisce dans la régulation du système par le biais notamment de frais modérateurs qui sont pourtant proscrits par la Loi Canadienne sur le Santé. En effet, les commissions qui se tiennent actuellement sur l'avenir du système de soins canadien comme la Commission sénatoriale Kirby (2001) semblent favoriser cette avenue. Concentrons-nous sur les frais modérateurs. Théoriquement les frais modérateurs devraient permettre une meilleure utilisation des soins en supposant que les personnes réfléchiraient à deux fois avant d'aller consulter. Une meilleure utilisation qui est donc synonyme de contrôle des coûts. Or, les critiques à l'égard du marché sont également valables pour les frais modérateurs puisque ceux-ci transfèrent la charge financière des payeurs d'impôts aux utilisateurs des soins, ce qui nous fait concevoir les frais modérateurs comme un voile modéré de privatisation.

Les études ont ainsi montré qu'ils réduisaient bien l'utilisation des services de santé inappropriés et inefficaces mais aussi celle des services de santé appropriés et efficaces (Evans, Barer et Stoddart, 1993 ; Gray, 1998). De plus, les soins représentent un fardeau plus lourd pour les pauvres parce qu'ils sont équivalents à une part plus importante de leur revenu. De même, puisqu'il existe un gradient de santé selon lequel les pauvres ont un état de santé inférieur à celui des personnes ayant des revenus plus élevés, il est possible d'extrapoler et de se demander si l'instauration de frais modérateurs, en décourageant une partie de la consommation de soins nécessaires, ne va pas avoir pour conséquence une dégradation accentuée de l'état de santé des plus pauvres. Enfin, la raison pour laquelle les frais modérateurs sont mis en place, le contrôle des coûts, n'est même pas certaine d'être réalisée. D'une part les études rapportent un phénomène de demande induite de la part des professionnels : la perte de fréquentation de la clientèle la plus pauvre sera donc compensée par une augmentation des soins offerts à la clientèle plus riche (Gray, 1998). D'autre part, il est concevable que les assurances privées s'offrent à rembourser cette partie privée des dépenses à leurs clients comme c'est le cas en France avec le ticket modérateur. Mais comme l'enseignent les manuels d'économie publique, la présence de différentes sources de financement ne permet pas un contrôle

global des coûts puisque aucun acteur ne s'identifie au système entier et se préoccupe de sa gouverne. De plus, la présence de plusieurs assurances privées entraîne des coûts administratifs plus élevés (Stiglitz, 1999). Malgré ces travaux théoriques et empiriques, les frais modérateurs sont plus que jamais présents dans les perspectives de politiques de soins au Canada.

Il apparaît donc que le droit aux soins pourrait être menacé au Canada, à des niveaux politique et économique fortement imbriqués. D'une part, on constate une réalité politique traversée par des courants idéologiques où le libéralisme se fait dominant et où l'État-Providence social-démocrate est perçu comme inadéquat et « insuffisant » malgré une population qui y est fortement attachée dans le domaine des soins. D'autre part, on constate une réalité économique à laquelle les courants idéologiques s'abreuvent, qui impose une politique budgétaire restrictive souvent perçue comme une crise des finances publiques selon les variations de la croissance économique. Enfin, les acteurs sont gouvernés par leurs intérêts économiques qui expliqueront leur jeu politique et un agenda redistributif de la charge financière des soins qui va à l'encontre des résultats des recherches menées par les experts sur l'efficience et l'équité de ce système de soins recherché par ce jeu politique.

2.4. Conclusion

Lorsque l'on veut parler de la santé au niveau de la collectivité, l'État s'impose rapidement dans les logiques du discours sur la santé, à tout le moins dans celles que nous avons choisies d'étudier, le bio-pouvoir et le droit à la santé. L'État est un vecteur qui transmet des valeurs et des pratiques de santé, vecteur utilisé par la santé publique. Mais c'est véritablement une gestion de la vie et des populations qui est faite, une intrusion dans la sphère privée des individus qui peut même aller à l'encontre de ce que les personnes considèrent comme leur santé et qui en même temps renforce le pouvoir de l'État. Une telle politique symbolise ce que Foucault a nommé le bio-pouvoir de l'État. Si la communauté internationale a fait de la santé

l'une des grandes valeurs du XXe siècle et si face à l'impossibilité d'un droit à la santé un droit aux soins peut être promulgué, celui-ci reste à la discrétion des états nationaux qui, au carrefour d'intérêts économiques et politiques, le défend parfois difficilement. Ainsi, en prenant l'exemple des soins au Canada, nous avons vu que seul un système public de soins pouvait être efficient et équitable de façon « satisfaisante » aux yeux de nos valeurs actuelles mais que celui-ci était perpétuellement menacé par le jeu politique de divers intérêts

Avec le diagnostic de la crise de l'État-Providence, celui-ci est en pleine transformation pour un État que nous avons trouvé qualifié dans les écrits de néo-libéral. Nous retenons que cet État néo-libéral se caractérise par une dimension économique omniprésente et une nouvelle façon de situer l'individu dans les politiques publiques. On peut dire que l'État néo-libéral favoriserait plus un discours fondé sur la santé que sur les soins en cherchant à développer le potentiel de l'individu à être en santé et s'adapter à son environnement économique notamment en exerçant son bio-pouvoir et probablement en privatisant une partie de son système de soins. Mais son discours sur la santé reste toujours très limité en cela que le seul déterminant de la santé qu'il favorise est la réponse comportementale de l'individu aux autres déterminants de la santé que sont l'environnement social, l'environnement physique, le patrimoine génétique et les soins.

Ainsi pouvons-nous conclure que la santé est actuellement un concept en quête d'État. D'une part parce que l'État peut assurer des mesures de santé publique et un droit à la santé. D'autre part, l'État est en pleine transformation et, dans le système de santé, la réforme qui reposerait sur une nouvelle forme d'État est encore peu identifiable, plus particulièrement dans le système de soins. Mais on a vu combien un système public pouvait garantir un système de soins efficient et efficace. Trouvera-t-on cet État-là ? On peut également ajouter que l'État, en « s'appropriant » la santé à un moment donné, définit et opérationnalise son concept. Mais nous avons vu qu'encore cette fois, sa vision serait parcellaire devant l'impossibilité de concevoir des politiques agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé et une vision

fragmentée de la personne, définie à partir de la notion de populations-cibles et de son adaptation au marché.

Il reste alors à déterminer, si l'État est bien l'un des principaux vecteurs de la santé entendue au niveau de la collectivité, quel serait le lien entre la santé défendue par un droit à la santé relatif ou promue par des politiques de santé publique et la santé telle que nous l'avons appréhendée au niveau personnel. Quel État permettrait un débat entre les sphères individuelle et collective, publique et privée ?

CHAPITRE 3 : LE MIROIR ÉCONOMIQUE DE LA SANTÉ

Pour comprendre quels problèmes et quels défis la santé lance à l'Économique, il nous faut d'abord mettre en évidence comment la santé est intégrée à l'Économique sur le plan théorique. Il s'agit en d'autres termes de mettre en évidence l'empreinte que laisse la santé sur la théorie économique et inversement. D'une part, il nous faut reconnaître l'existence d'une sous-discipline organisée, l'économie de la santé, distincte de l'économie générale, et d'autre part, constater comment les caractéristiques de la santé vont modifier le contenu de la théorie économique sollicitée. Mais il faut simultanément reconnaître comment l'Économique va façonner la santé à son image. Pour mener à bien ce travail, nous proposons ici une lecture d'un ensemble de manuels en économie de la santé que nous avons retenus (voir annexe) avec une grille de lecture construite toute à la fois à partir du point de vue de la santé que d'éléments extraits des manuels. Il est indéniable que le contenu de ces manuels est la partie théorique de l'économie de la santé qui est la plus généralement reconnue et validée par la communauté scientifique et que c'est à partir de ces manuels que les décideurs sont formés en économie de la santé. Toutefois, les publications récentes en économie de la santé révèlent des réflexions plus riches et diversifiées que l'économie de la santé standard qui est enseignée

Dans un premier temps, on dressera en quelque sorte l'état des lieux de l'économie de la santé par rapport à la santé. On regardera comment l'économie de la santé s'est construite autour de la santé afin de comprendre précisément dans quel cadre disciplinaire on doit saisir la santé. Dans un second temps, on examinera comment la santé a été intégrée dans l'Économique. Plus particulièrement, on mettra en évidence les représentations sociales de la santé que l'on retrouve dans les différentes approches théoriques où la santé est formulée. Puis on reprendra les caractéristiques de la santé qui ont été intégrées aux concepts économiques. Dans une troisième partie, on examinera le traitement économique des caractéristiques de la santé à partir

de l'exemple de l'incertitude de la santé et de la maladie. Enfin, dans une quatrième partie, on traitera des dimensions économiques que l'on a pu donner à la santé à travers l'exemple des notions de fonction de production et de variable économique.

3.1. L'économie de la santé

Le discours économique sur la santé se fait en grande partie dans le cadre d'une sous-discipline de l'Économique, l'économie de la santé. C'est pourquoi il est important de commencer par dresser les pourtours de cette discipline afin de comprendre dans quel cadre se situe les discours économiques sur la santé que nous allons mettre en évidence plus loin.

3.1.1. délimitation du domaine de l'économie de la santé à partir de ses pratiques économiques

Quatre pratiques d'analyse économique spécifiques à l'économie de la santé semblent actuellement faire consensus (de Pouvourville et Contandriopoulos, 2000) :

1) L'étude des relations réciproques entre la santé et le développement de la société, soit d'une part l'effet sur la santé des déterminants de la santé identifiés au développement et, d'autre part, l'effet de la santé sur le développement par le médium du capital humain qui améliore la qualité des facteurs de production.

2) L'étude des relations entre l'activité économique et le système de soins. On parle ici de trois niveaux de relations : les soins comme moteur de l'économie de la recherche médicale, les effets pathogènes de l'activité économique sur la santé des individus et enfin les soins comme poste dépense du budget de l'Etat.

3) La régulation du système de soins qui se réfère directement à l'économie des soins

4) L'évaluation économique des actions de soins qui « superpose à la décision clinique un critère de décision économique qui est celui de l'optimisation des ressources une éthique collective de gestion de la rareté à une éthique de la responsabilité vis-à-vis de chaque patient» (de Pouvourville et Contandriopoulos, 2000, p.1175).

Culyer et Newhouse (2000) dressent la même carte de l'économie de la santé à partir de huit catégories économiques. A côté de l'étude de la santé et de la régulation du système de soins (analyse du marché, demande de soins, offre de soins, mécanismes de planification, de budgétisation, de régulation et de surveillance), ils mettent en évidence les pratiques d'évaluation tant au niveau microéconomique qu'au niveau du système dans sa globalité.

Il faut souligner que Culyer et Newhouse (2000) classent ces pratiques de l'économie de la santé dans un ordre chronologique correspondant à un ordre chronologique des étapes du raisonnement économique. Les deux premières pratiques portent sur « A/ what is health, what is its value et B/ what influences health (other than health care) » (p.4). Cette interrogation sur ce qu'est la santé y et alors définie comme le fondement conceptuel de l'économie de la santé, un fondement qui est relatif à une littérature multidisciplinaire :

> « The central issues in this box relate to the meaning of « health », its relationship with « welfare », and the development of valid and reliable measures of it for a variety of proposes, specific and general. It is impossible for these matters to be addressed without careful attention to the value assumptions that are to be made and where they should come from) » (Culyer et Newhouse, 2000, p. 5).

Parmi ces différents champs d'analyse, la régulation des soins se révèle être le sujet le plus étudié en économie de la santé et tout particulièrement l'offre de soins qui englobe les techniques et coûts de production, les inputs (marché et substitution),

ainsi que les modes de rémunération des facteurs de production et les mesures incitatives et à laquelle il faut ajouter la demande de soins (Maynard et Kanavos, 2000). La même étude a trouvé que l'évaluation microéconomique des actions de soins c'est-à-dire les analyses coûts-efficacité et coûts-bénéfices des différentes alternatives de dispenser des soins est le deuxième domaine le plus étudié. Maynard et Kanavos (2000) ont ainsi recensé que l'offre et la demande de soins sont l'objet de 33.69% des articles publiés dans Health Economics et Jounal of Health Economics et l'évaluation microéconomique représente 14.67%. Enfin, 19.15% des articles portent sur la santé, les autres sur les soins.

Le même constat peut être fait à partir de la revue des manuels en économie de la santé. Les manuels anglophones (Canada, Etats-Unis, Grande Bretagne) ont en général comme clé de voute l'offre et la demande de soins lorsqu'on examine leur table des matières (Fuchs, 1972 ; Newhouse, 1978 ; Cullis et West ; 1979 ; Feldstein, 1979 ; Jacob, 1987 ; McGuire, Henderson et Mooney, 1988 ; A.J. Culyer (ed), 1991), Evans (1984) nuançant ses propos en parlant de « utilization of health care » et de « provision of health care ». Il faut noter que les manuels en langue anglaise les plus récents (Zweifel et Frech, 1992 ;Getzen, 1997 ; Culyer et Newhouse, 2000) utilisent un autre découpage de leur exposé – même si leur propos sont également relatifs à l'offre et la demande de soins où une certaine spécificité de l'économie de la santé apparaît comparativement aux manuels précédents qui s'inspiraient plus des ouvrages de microéconomie générale.

3.1.2. délimitation du domaine de l'économie de la santé à partir de l'objet étudié

Quelle santé pour l'économie de la santé ?

Lorsqu'ils tentent de définir la santé, les économistes mentionnent en général la santé comme absence de maladie et la santé comme état de bien-être au sens de l'OMS

(Fuchs, 1972 ; Levy et coll., 1975 ; Bonamou et Guyot, 1979 ; Cullis et West ; 1979 ; Evans, 1984 ; Jacob, 1987 ; McGuire, Henderson et Mooney, 1988 ; A.J. Culyer (ed), 1991). Lorsque la santé n'est pas définie explicitement dans les manuels on peut la déduire du raisonnement et la santé y est alors entendue comme l'absence de maladie (Newhouse, 1978 ; Feldstein, 1979)

La première tendance en économie de la santé est de saisir l'individu pendant un épisode morbide et de travailler à partir de sa demande et sa consommation de soins. Ce que l'on nomme alors économie de la santé est cette discipline qui travaille sur un seul déterminant de la santé : les soins. L'économie de la santé se réduit alors à l'économie des soins. Elle porte sur l'utilisation et la dispensation de soins au sein d'un système de production et de répartition qui est le système de soins. Beaucoup de manuels retiennent la santé comme une absence de maladie et situent leur développement théorique dans l'économie des soins de par la complexité de travailler à partir d'une définition positive de la santé.

En effet, si l'on retient la définition de la santé de l'OMS, « un état complet de bien-être physique, psychique et social qui ne se caractérise pas uniquement par l'absence de maladie ou d'infirmité », alors l'objet et le champ d'étude sont des plus vastes.

Appliquée à l'économie, la santé comme bien-être se fondrait à priori dans le concept d'utilité ou celui de bien-être économique (*welfare*). Toutefois une incompatibilité théorique persiste avec le concept d'utilité. Alors que la santé définie par l'OMS est un état de bien-être complet qui ne peut plus être amélioré parce qu'elle a une borne supérieure, l'utilité est, en économie, illimitée (Evans, 1984). Le bien-être auquel fait référence l'OMS n'est donc pas de même nature que le bien-être des économistes. « But, unless this special relationship (entre les soins et l'état de santé), and health status itself, are defined narrowly, the economics of health care can easely become the economics of everything » (Evans, 1984, p.3).
Ainsi, définir la santé comme un bien-être ne pose pas seulement un problème conceptuel à l'économiste comme nous venons de le voir mais également un

problème de délimitation de cette sous-discipline qu'est l'économie de la santé. En effet, si la santé est un bien être, comment alors distinguer l'économie de la santé de l'économie générale ?

> « Economics is frequently defined as the study of the allocation of scarce esources among competing wants so as to « maximize » (in a way left undefined) the statisfaction of this wants. But if all wants are encompassed in health, then all economics is health economics » (Evans, 1984 p.4).

Pour, Mc Guire et coll. (1988), le choix entre une définition « étroite » de la santé comme l'absence de maladie plutôt que la sante comme un bien-être correspond à la définition de l'Économique adoptée par le chercheur:

> « the broadest definitions of health would appear to accept that anything and everything can affect health status (...) to the political scientist the widest possible approach would be the only acceptable one. Economic issues for him, must be set against the socio-political background and are analysed only to support social and political policy analysis (...).Economics as a social science has moved away from political economy and has tended to concern itself with abstraction, model building and hypothesis testing. (Mc Guire et coll., 1988 p.2).

Toutefois, si l'on choisit de travailler sur les soins, il ne doit pas être fait abstraction de la santé qui demeure un concept du raisonnement économique et l'un des piliers de l'économie de la santé.

> « Explicit recognition of the role of health status in the definition of health care will provide significant assistance in our understanding of why health care as a commodity is « different », and why societies develop peculiar types of institutions for directing its production and distribution » (Evans, 1984 p. 6).

Économie des soins ou économie de la santé ?

L'économie des soins est une partie du champ de l'économie de la santé parce qu'elle se concentre sur un déterminant particulier de la santé, les soins de santé. Comme toutes les branches de la science économique l'économie des soins étudie (Evans, 1984) :

1) Les processus et les institutions qui gouvernent l'allocation des ressources sociales rares vers ces activités,
2) Le choix des techniques de production et de la composition des outputs et
3) La répartition des soins parmi les utilisateurs finaux, consommateurs ou patients `

Toutefois si, comme il est écrit ci-dessus, l'économie des soins se prête à une définition standard de l'analyse économique, il en est tout autrement de l'économie de la santé. Ainsi, si l'on reprend les trois points cités précédemment qui définissaient l'économie, chacun se trouve en butte à des difficultés une fois appliqué à la santé :

1) Comment concevoir des processus et des institutions dont la finalité serait la seule amélioration de la santé quand on sait que c'est l'ensemble des processus sociaux qui affectent la santé ?

2) Comment concevoir des techniques de production de santé qui mobilisent des mécanismes biologiques qui sont hors de la sphère de compréhension et d'intervention de l'économie ?

3) Peut-on parler de répartition des états de santé puisque la santé est un état caractérisant un individu ? Peut-on avoir une discipline dont l'objet est la production et la répartition d'un objet non objectivé, un attribut d'un individu ?

On constate donc qu'il demeure difficile de classifier l'économie de la santé dans les approches économiques standards tant la production et la répartition, toujours simultanées, de la santé sont de toutes autres natures que seulement économique.

Si l'on considère les titres pris par les douze manuels que nous avons étudiés, cinq manuels se situaient dans l'économie de la santé (Cullis et West, 1979 ; Culyer, 1991 ; Zweifel et Frech, 1992 ; Getzen, 1997 ; Culyer, 2000) cinq autres se situaient dans l'économie des soins (Newhouse, 1978 ; Bonamour et Guyot, 1978 ; Feldstein, 1979 ; Evans, 1984 ; Mc Guire et coll., 1988) et deux étaient caractérisés par le terme « economics of health and health care » (Fuchs, 1972 ; Jacob, 1987). Il faut

remarquer que ce sont les manuels les plus récents qui se situent dans l'économie de la santé plutôt que l'économie des soins. Cette évolution va de pair avec un discours sur la santé et ses déterminants qui prend peu à peu sa place en économie et qui va de paire avec l'évolution de certaines pratiques économiques comme l'évaluation économique (Culyer, 1991 et 2000) ou encore la macroéconomie de la santé (Getzen, 1997).

Santé et déterminants de la santé dans l'économie de la santé

Il faut également concevoir un système de santé qui ne se réduit pas à un secteur de production mais qui doit englober les déterminants de la santé et les processus de détermination (Levy et coll., 1975). En effet, si le but de l'économie de la santé est de produire des connaissances pertinentes pour promouvoir la santé, alors il faut tenir compte de l'ensemble des processus de « production » de santé. Dès lors, si l'on parle de système de santé, « économie du système est ici le synonyme d'articulation, d'agencement des éléments qui le constituent » (Levy et coll., 1975, p.5).

Si l'on considère les déterminants de la santé comme la production de soins mais aussi l'effet sur la santé d'autres déterminants comme les conditions de vie, le niveau socio-économique, l'éducation, les pollutions industrielles par exemple, c'est bien l'ensemble du système économique qui est impliqué, dépassant par là le système économique des soins. Cette réalité sollicite par voie de conséquence, la théorie économique générale et l'ensemble des sous-disciplines appliquées comme par exemple l'économie des soins, l'économie de l'éducation, l'économie du développement.

Dans une perspective économique, ce champ peut aussi être réduit aux seules variables économiques. La définition de l'économie de la santé engloberait alors l'étude des relations causales réciproques entre les états de santé des individus et des groupes et leurs activités économiques comme la production, la répartition et les

échanges (Evans, 1984), ces activités étant alors à la fois des déterminants de la santé et des conséquences des états de santé. Prenons l'exemple de la variable économique « emploi ». Un emploi dans un milieu de travail que nous qualifierons de sain favorise la santé (et même peut-on ajouter l'existence d'un emploi tout court) et, réciproquement, un bon état de santé favorise la productivité et la qualité de production de la personne pour cet emploi. La santé apparaît donc toute à la fois comme un moyen et un résultat dans un raisonnement économique, un moyen qui garantit des quantités et qualités des facteurs de production et un résultat qui s'apparente au bien-être.

Certains auteurs ont tenté de définir le champ de l'économie de la santé en étendant leur analyse de la santé à ses déterminants. Le champ de l'économie de la santé comprendrait les relations causales entre les déterminants de la santé, comme les soins, les facteurs génétiques, les facteurs environnementaux, les facteurs sociaux et la santé, sans oublier les relations causales entre ces facteurs et des variables économiques comme la consommation et la production (Fuchs, 1972), et, d'une façon plus large, l'ensemble des facteurs socio-économiques liés à la position sociale et aux conditions de vie (Evans, Barer et Marmor eds, 1994 ; Druhle, 1996). Là encore, on se retrouve face à un système de la santé et de ses déterminants qui paraît particulièrement difficile à délimiter tant au niveau du domaine de la « réalité » que l'on veut étudier qui va du gène à la société que du domaine disciplinaire que cette perspective nécessite et qui va des sciences de la vie aux sciences sociales.

En considérant les différentes conceptions de la santé retenues par l'économie de la santé, on constate que celle-ci oscille ainsi entre une tendance à la spécialisation dans le domaine de l'économie des soins et un besoin des connaissances générées par les autres domaines appliqués de l'économie pour appréhender la complexité de tous les déterminants de la santé. Dans les années qui viennent observera-t-on dans les faits une économie de la santé gloutonne qui investirait tous les domaines de la théorie économique pour rencontrer son ambition la plus large, les déterminants de la santé, ou l'accentuation de la spécialisation de l'économie des soins ? Cette réflexion est

particulièrement importante dans le sens où il s'agit également de déterminer quels types de travaux peuvent être considérés comme des travaux en économie de la santé. Jusqu'à quel point des travaux sur la santé et ses déterminants qui sont le fondement conceptuel de l'économie de la santé, qui sont multidisciplinaires (Culyer et Newhouse, 2000) et qui font le lien avec l'économie ou l'Économique seront encore considérés comme relevant de l'économie de la santé ?

3.1.3. les manuels d'économie de la santé

L'économie de la santé s'est surtout développée par le passé autour de la relation entre les soins et la santé et, nous pourrions aller jusqu'à dire, autour des soins plutôt que la santé. Sans doute est-ce dû à ce que dans la problématique de la santé, les soins s'apparentent à un bien économique marchand et peuvent alors être manipulés dans un cadre théorique économique (néo)classique.

Chaque économiste de la santé a en fait une position plus ou moins différente vis-à-vis de son activité en économie de la santé selon la démarche personnelle qu'il emprunte. Est-il économiste de la santé ou économiste ? Est-il encore un économiste ou un spécialiste du champ de la santé ? Chacun a sa propre réponse et une réponse institutionnelle à ses travaux. Chaque chercheur se nourrit véritablement (ou au moins nourrit ses analyses), du domaine qu'il étudie. L'objet de l'analyse aura une influence sur ses travaux et, si ce n'est au niveau de la théorie économique stricto sensu, elle pourra en avoir au niveau méthodologique par exemple en interrogeant justement l'adéquation de théories économiques à la réalité étudiée.

Ainsi, l'économie de la santé doit être pensée comme une interface entre un champ, la santé, et une discipline, la science économique. D'une part, il y a suprématie de la discipline lorsqu'on constate que la plupart des ouvrages en économie de la santé sont structurés à partir d'un raisonnement et de concepts économiques. C'est ainsi que de nombreux ouvrages anglo-saxons, décalquant les manuels de microéconomie ont une

armature telle, que la demande de soins, l'offre de soins et le fonctionnement du marché sont souvent les trois grandes parties de ces manuels (Darbon et Letourmy, 1983), comme le reflètent les manuels de Newhouse (1978), Feldstein (1988) ou encore Phelps (1992).

Mais la suprématie de la discipline n'est pas si évidente. En effet, la suprématie du champ ou de la discipline dans les analyses peut également être déduite de la construction d'une problématique propre à chaque auteur. C'est ainsi que Phelps (1992) est enclin à la suprématie du champ en centrant son manuel sur l'incertitude de la maladie et de son traitement et reprend un raisonnement économique à la lumière de cette incertitude. Mooney (1986) par contre privilégie la discipline comme science du comportement humain et par là, du choix, en avançant une problématique fondée sur la rareté des ressources plutôt que sur l'incertitude. L'interface entre la santé et l'analyse néoclassique peut être encore pris de manière plus fine. Pour Evans (1984), la réalité du système de soins et particulièrement les caractéristiques de la santé et de la maladie, remettent en question certains instruments standard et des concepts de la théorie économique et obligent à repenser la méthodologie économique. C'est ainsi qu'Evans (1984) structure son manuel en partant de l'utilisation des soins, puis de leur « provision » plutôt que production et enfin la gouvernance des soins plutôt que leur marché.

Les manuels français d'économie de la santé qui ont été publiés avant les années 80 (Levy et coll., 1975 ; Bonamour et Guyot, 1978) sont un bon exemple d'une analyse économique reconstruite à partir de certaines caractéristiques de l'objet étudié. Ceux-ci sont structurés à partir d'une approche systémique de la santé et une analyse du système de soins qui suit les relations technocratiques de chaque acteur du système. L'ouvrage de Bonamour et Guyot (1978) est plus institutionnel en partant de la comptabilité nationale française et des institutions du système de santé français. Celui de Levy et coll.(1975) manifeste un effort de rentrer dans le système en adoptant une vision multidisciplinaire de la santé et de la maladie pour ensuite aborder le système de santé

C'est ainsi que ces différences entre manuels peuvent être catégorisées en zone géographique ou en type de système de soins. Une approche américaine se dessine, privilégiant la microéconomie appliquée. Les manuels écrits par des auteurs du Commonwealth, notamment du Canada et de Grande-Bretagne par exemple Evans (1984) et McGuire et coll. (1988), ont une position plus nuancée. Tout en privilégiant une solide base théorique en microéconomie, ces auteurs intègrent plus les réalités de la santé dans leur perspective, ce que l'on peut lire à travers les points théoriques développés et le vocabulaire utilisé. Une « école » française plus multidisciplinaire et plus institutionnelle se profile également. Enfin, il faut souligner que cette démarcation est également propre aux spécificités des types de système de soins de ces pays. Il n'est ainsi pas étonnant de voir que ce sont les auteurs américains comme Feldstein (1979) et Newhouse (1978) qui privilégient la théorie microéconomique qui repose sur la rencontre d'une offre et d'une demande sur un marché alors que la notion de marché est prédominante dans la régulation du système de santé américain. De même, il est vraisemblable, pour prendre un autre exemple, que la position nuancée des auteurs anglais (McGuire et coll, 1988) et canadien (Evans, 1984) que nous avons retenus vient du décalage entre la théorie microéconomique et les valeurs et caractéristiques des systèmes publics de santé de leur pays, notamment les places respectives du système publique et d'un système privé de soins.

> « A good deal of abstract economic analysis is presented in the health economic literature as id it were fully general and free of specific institutional content, yet on closer examination it turns out to presuppose the existence of particular institutions or pattern of transactions usually those of the United States. » (Evans, 1984, p.vii).

Ici encore, on doit mettre un bémol à cette analyse transversale des manuels. Comme on l'a vu précédemment, on voit qu'il y a également une évolution dans le temps des manuels qui étendent d'une part de plus en plus leurs analyses à la santé et ses déterminants et d'autre part s'écartent du modèle classique microéconomique demande/offre/marché des soins dans leur structure (Zweifel, 1992 ; Getzen, 1997 ; Culyer et Newhouse, 2000). Il faut également accorder de l'importance à l'ouvrage de Rice (1998) *The economics of health reconsidered* qui remet en cause les

hypothèses du modèle économique néoclassique appliqué au champ de la santé. Mais il s'agit d'une position partagée par tous les manuels d' économie de la santé, même le manuel qui est apparu à nos yeux le plus « microéconomique/néoclassique :

> « Critics have questioned the applicability of economics to the study of medical services on two levels : first, they have questioned the accuracy of the assumptions underlying economic behavior of consumers and medical providers, and second, they have challenged the implicit values, such as consumer sovereignty, that influence the goal to be achieved, i.e., consumer satisfaction. » (Feldstein, 1979. p.10)

En effet, on constate dans les manuels les plus récents de nouveaux éclairages dans l'analyse économique du champ de la santé et de nouveaux points abordés et développés plus expressément. Ainsi les problèmes d'équité et de critères d'allocation des ressources (Zweifel et Frech III eds, 1992 ; Barer, Getzen et Stoddart eds, 1998 ; Rice, 1998), les problèmes d'économie de la santé dans l'arène politique, des politiques de santé publique aux comparaisons internationales des dépenses de santé (Zweifel et Frech III, 1992), la macroéconomie de la santé (Getzen, 1997) constituent de nouveaux chapitres d'enseignement.

A travers la lecture des manuels, nous avons pu constater un intérêt croissant pour la santé tant dans l'évolution du champ de l'économie de la santé (la santé et ses déterminants) que dans l'évolution de ses pratiques. Preuve que l'économie de la santé est une discipline en pleine construction.

3.2. La santé dans le corps théorique économique

Il nous faut à présent regarder comment la santé a été prise en compte dans l'Économique. Pour cela, nous identifierons dans un premier temps les représentations sociales de la santé que l'on retrouve dans l'Économique. Dans un second temps, nous verrons quelles sont les dimensions de la santé retenues dans les hypothèses de l'économie des soins.

3.2.1. Les représentations sociales de la santé dans l'Économique

L'étude des représentations sociales de la santé a révélé trois formes de santé (Herzlich, 1969) : la santé-vide associée à l'absence de maladie, le fond de santé ou capital-santé et enfin l'équilibre. Nous nous proposons ici d'identifier dans le corps théorique de l'Économique ces trois représentations sociales de la santé. La théorie économique s'est-elle révélée suffisamment « élastique » pour proposer des constructions théoriques qui reflètent ces représentations ?

3.2.1.1.L'absence de maladie

D'une part, la santé peut prendre la forme d'une absence de maladie ou d'absence de conscience du corps et de son fonctionnement, le « silence des organes » (Leriche) ce qu'Herzlich (1969) nomme la « santé-vide » et identifie à l'être.

> « La santé se réduit alors à un état de fait, sans implications psychologiques, et le concept à une pure négation de la maladie. La relation entre santé et maladie est asymétrique : la maladie est seul point de référence, expérience, événement. La santé, pôle négatif, ne se révèle et ne prend une importance que par l'irruption de la maladie qui la détruit. » (Herzlich, 1969 p.81).

C'est une conception négative de la santé qui renvoie à l'économie des soins. Pour celle-ci, la santé est définie explicitement ou implicitement comme l'absence de maladie. En effet, dans les manuels où l'on ne trouve pas de définition explicite de la santé (Newhouse, 1978 ; Feldstein, 1979) nous avons déduit par défaut que, s'agissant d'économie des soins, leurs développements théoriques se situaient dans le champ de la maladie et avaient donc pour corollaire une définition négative de la santé. Nous aborderons dans la deuxième partie de ce chapitre l'économie des soins et les hypothèses sur la santé et la maladie qui y sont faites dans un cadre microéconomique néoclassique.

3.2.1.2. Le capital santé

D'autre part la santé a été assimilée à l'idée de robustesse, de force, de résistance aux maladies, le « fond de santé » chez Herzlich (1969) qui est une caractéristique organo-biologique propre à l'individu. Ce capital est quelque chose que l'on et, à la différence de la santé-vide qui l'on pouvait ranger dans la catégorie de l' « être » , le capital-santé correspond à un « avoir » : « par la santé-vide on « est » en bonne santé –parce qu'on n'est pas malade- grâce au fond de santé, on «a » une bonne santé » (Herzlich, 1969 p.81). Herzlich en déduit qu'il s'agit d'un capital dont l'individu est doté à la naissance et qui peut varier dans le temps mais qui est permanent. Ainsi, on a un capital santé qui se détériore avec les maladies, avec la vieillesse, que l'on peut restaurer jusqu'à un certain point et qui en dessous d'un certain niveau correspond à la mort.

> « Mais le fond de santé n'est pas que résistance à la maladie ; il apparaît aussi comme le « soubassement « des autres formes de santé. Il n'exclut ni santé ni maladie, mais les supporte également au sens propre du terme ; ce fait s'explique par sa nature même : il est la réserve de défense dans laquelle chacun puise la possibilité de réagir contre la maladie » (Herzlich, 1969 p.82).

L'idée que l'être humain est un capital a été développée dans les années 60 avec la théorie du capital humain. La première question formulée par rapport à la santé a été celle de la contribution à la croissance économique d'un changement dans la qualité des personnes (Mushkin, 1962). Investir dans la santé semble à priori rentable car cet investissement 1) réduit la mortalité des travailleurs donc garantie une quantité de facteurs de production disponibles, 2) réduit la maladie donc l'absentéisme et 3) améliore la capacité de travail. Mais c'est avec Grossman (1972) que la spécificité du capital humain appliquée à la santé a été prise en compte et qu'une demande de santé reposant sur la notion de capital a été développée. « My work was motivated by the fundamental difference between health as an output and medical care as one of a number of inputs into the production of health and by the equally important difference between health capital and other forms of human capital » (Grossman, 2000 p.349). La demande de soins y est entendue comme une demande dérivée de la demande fondamentale de santé.

Ce capital-santé se trouve posé dans les mêmes termes que le fond de santé : les individus héritent d'un stock initial de santé qui se déprécie avec le temps à un taux croissant (au moins à partir d'un certain moment du cycle de vie), ce stock pouvant être augmenté par un investissement adéquat dans des soins (Grossman, 1972). La santé est à la fois un bien de consommation et un bien d'investissement.

> « As a consumption commodity, it directly enters their (consumers) preference functions, or, put differently, sick days are a source of disutility. As an investment commodity, it determines the total amount of time available for market and nonmarket activities » (Grossman, 2000 p.350).

Le programme de cette approche est la maximisation de la fonction d'utilité de l'individu qui dépend des jours en bonne santé et par là, de la maximisation de la fonction de production de santé des ménages.

3.2.1.3. L'équilibre

La troisième représentation sociale de la santé se traduit par l'idée d'équilibre (Herzlich, 1969), celui que l'on a ou que l'on a perdu, que l'on souhaite atteindre ou conserver, mais aussi un tout ou rien, un quasi-état idéal où « la vie sourit à la personne et celle-ci sourit à la vie ». La santé est ici conçue comme un état et un acte. Elle rejoint la définition de l'OMS puisqu'elle est perçue comme un bien-être physique, psychique et social qui exclut les états intermédiaires entre la santé et la maladie comme la fatigue.

Herzlich qualifie également cette catégorie par le « faire », ce que l'on fait et ce que l'on peut faire, comme la santé-vide exprimait l'être et le fond de santé, l'avoir. L'équilibre traduit à la fois l'état de l'individu et sa forme de vie en retenant les aspects biologiques et psychosociaux de la vie de l'individu, comme le bien-être physique et psychologique, l'aisance et l'efficience dans l'activité ou encore les bonnes relations avec autrui. L'équilibre y est souvent synonyme d'activité et traduit l'idée d'un bien-faire.

> « Pour parvenir à l'équilibre, d'ailleurs, la personne tente « d'équilibrer » sa vie. De même que la notion de « malsain » condensait et exprimait l'expérience du mode de vie, le terme d'équilibre, qualificatif, acte ou état, déterminant et résultat, suffit à qualifier et exprimer tout un champ de l'expérience individuelle ; il concentre, en quelque sorte, tout le langage de la santé » (Herzlich, 1969 p.84).

L'équilibre a également un rapport particulier à la maladie.

> « si l'idée de plénitude physique semble, au premier abord, incompatible avec la maladie, l'équilibre dans la mesure où il n'est pas seulement un état organique mais aussi un certain type de comportement, de relations avec le milieu, peut intégrer certains troubles bien délimités. (....) tant que l'individu conserve avec son milieu les mêmes relations, il est en équilibre malgré –et avec- des troubles organiques. État optimal, l'équilibre ne se confond pas avec l'état parfait. » (Herzlich, 1969 p.87).

Herzlich conclut alors que l'équilibre est une norme individuelle car chacun se sent en équilibre selon son propre jugement vis-à-vis de son état présent et passé ainsi que ses aspirations futures. Une norme individuelle qui peut aussi se confondre avec la liberté de choix de vie de l'individu.

L'approche de A.K. Sen en termes de capabilités et de fonctionnements saisit l'essence de cette santé-équilibre même si elle n'est pas explicitée en ces termes. Nous utiliserons dans ce qui suit le développement qu'il en a fait dans notamment *Equality reexamined* (1992). Cette approche doit être considérée comme un questionnement sur de grands courants d'économie politique et éthiques. En cela, elle ne peut être mise sur le même plan qu'une théorie quasi-paradigmatique comme la théorie néoclassique ou un programme de recherche comme celui du capital humain. Elle n'est pas non plus une approche spécifique à l'économie de la santé, mais elle est de plus en plus utilisée dans des recherches multidisciplinaires relatives à la santé.

Le bien-être chez Sen est constitué d'actes d'être et de faire, les fonctionnements. Ce que l'individu accomplit est un vecteur de fonctionnements. Sen utilise également la notion de capabilité qui est l'ensemble des fonctionnements réalisables par la personne. L'accent est mis par là sur la distinction entre un potentiel d'actes de faire

et d'être réalisable par la personne et ce qu'elle réalise véritablement. La théorie économique a généralement mis l'accent sur ce qui était réalisé plutôt que réalisable, comme l'utilité ou la satisfaction du consommateur (Sen, 1992).

La santé peut en fait être identifiée à un fonctionnement ou à un vecteur de fonctionnement réalisé ou bien encore à l'ensemble de capabilité. D'abord, être en santé peut être posé comme un acte d'être donc un fonctionnement. Puis elle peut être interprétée comme un vecteur de fonctionnement : marcher, avoir des relations avec autrui, être heureux sont autant d'éléments qui caractérisent la santé et sont constitutifs du bien-être. La santé identifiée à des fonctionnements est donc de même nature que l'équilibre chez Herzlich, à la fois état de l'individu et sa forme de vie. La santé peut également être identifiée à un troisième élément du « modèle » de Sen de même nature que les deux précédents, l'ensemble de capabilité.

> « La capabilité représente les diverses combinaisons de fonctionnements (états et actions) que la personne peut accomplir. La capabilité est, par conséquent, un ensemble de vacteurs de fonctionnements, qui indique qu'un individu est libre de mener tel ou tel de vie (...) l' « ensemble capabilité » reflète, dans l'espace des fonctionnements, sa liberté de choisir entre les modes de vie possibles » (Sen, 1992 ; trad française 2000, p.66).

Ainsi donc l'ensemble de capabilité reflète la santé de la personne dans la mesure où la santé est un potentiel pour l'individu : plus son ensemble de capabilité sera vaste, meilleure sera sa santé puisqu'il lui est permis de réaliser un nombre plus vaste de fonctionnements. Ces possibilités de bien-être sont véritablement qualifiées par Sen de liberté de bien-être comme Herzlich qualifie la santé de liberté de l'individu. Car c'est bien aussi la liberté de l'individu que l'on représente, liberté de choix ou de non-choix dans les capabilités à réaliser, mais aussi liberté dans la taille de l'ensemble de capabilité, c'est-à-dire de l'ensemble de ce qui est réalisable pour une personne. Nul doute que plus son ensemble de capabilité sera grand, meilleure sera sa santé et plus elle sera, à ce stade, libre. Enfin, il faut mentionner que comme chez Herzlich, la santé est une norme individuelle dans la mesure où considérer à la fois le potentiel de réalisation et ce qui est réalisé, c'est considérer la possibilité réelle que nous avons de

faire ce que nous valorisons. En cela, on peut dire que la santé, c'est aussi accomplir ce que nous valorisons.

3.2.2. Les caractéristiques de la santé retenues dans l'économie des soins .

La santé, entendue ici comme absence de maladie puisque nous allons à présent travailler sur les soins, et les soins ont certaines caractéristiques qui ne peuvent être négligées par la théorie économique dans ses hypothèses de travail. Prenons l'exemple des soins qui sont le déterminant de la santé le plus théorisé en économie. Les soins ont certaines caractéristiques immanentes de ce qu'est la santé et la maladie qui font dire à Evans (1984) qu'il faut se demander pourquoi l'économie des soins s'écarte du corps économique général. À partir des caractéristiques spécifiques des soins identifiées par Arrow (1963), Evans (1984) distingue les caractéristiques inhérentes à la nature des soins (3) et les caractéristiques qui en sont dérivées (3).

1) **L'incertitude** qui est de deux natures : L'incidence de maladie qui rend la demande de soins irrégulière et imprévisible (Arrow,1963) et qui s'écarte de la rationalité du consommateur de la théorie néoclassique (Culyer, 1971). Les services de santé ne donnent donc satisfaction qu'en cas d'épisode morbide. Le produit des soins est également incertain (Arrow, 1965), dans la mesure où demeure de l'incertitude dans le diagnostic et dans l'effet attendu du traitement. Sur un plan plus économique, l'incertitude demeure donc quant aux coûts et à la qualité des soins (Culyer, 1971)

2) **Les externalités**, c'est-à-dire les interactions entre la santé d'une personne et la santé d'une autre personne comme les maladies contagieuses. L'interaction est de même nature au niveau des soins. Ces interactions vont bien au-delà de la vaccination, par exemple, qui protège à la fois la personne vaccinée et son entourage de la contagion. En effet, Arrow

(1963) constate la volonté d'une action collective contre la maladie, les souffrances des uns étant difficilement tolérables pour les autres.

3) **L'asymétrie d'information entre le « producteur » et l'utilisateur.** Dans le dialogue médecin-patient, le médecin détient plus d'information sur la maladie et son traitement que le patient qui en souffre. Le médecin ne peut alors se comporter comme un producteur-entrepreneur économique et chercher à maximiser ses propres intérêts. Son comportement doit être guidé par le bien-être de son client (Arrow, 1963)

Les autres caractéristiques sont des réponses institutionnelles à ces trois premières caractéristiques et portent sur la régulation des soins. En effet, « I propose here the view that, when the market fails to achieve an optimal state, society will, to some extend at least, recognize the gap, and non market social institutions will arise attemting to bridge it » (Arrow, 1963 p.947).

1) L'assurance pour pallier l'incertitude de la maladie et de la perte financière qui lui est inhérente.
2) Le professionnalisme qui se manifeste par des barrières à l'entrée pour les professionnels afin de contrôler la quantité et la qualité des soins.
3) Un financement public et une production par des organisations à but non-lucratif afin de répondre aux externalités et à l'asymétrie d'information.

Ces caractéristiques sont reconnues dans tous les manuels que nous avons étudiés mais ceux-ci ne leur accorde pas la même importance. Dans le manuel d'Evans (1984) les caractéristiques des soins médicaux structurent un raisonnement de plusieurs chapitres. Dans d'autres manuels qui sont plus structurés à partir d'une logique de microéconomie générale, ces caractéristiques sont mentionnés dans les chapitres sur « the market failure » (Newhouse, 1978 ; Feldstein, 1979).

Si l'incertitude, les externalités et l'asymétrie d'information caractérisent également d'autres marchés qui ont été l'objet d'analyses économiques, ce qui distingue l'économie de la santé des autres disciplines économiques est l'incertitude du résultat de processus de production et de consommation en terme de santé.

Mais les caractéristiques de l'objet étudié, ici la santé et les soins, vont au-delà de la discussion ou de la modification de certains éléments de théorie économique et interroge les pratiques en économie de la santé. En effet, certaines de ces caractéristiques peuvent relever d'autres disciplines, que ce soit par leur nature ou le type d'analyse qui en est faite.

Deux exemples empruntés à Evans (1984) illustrent ces propos. Parce que le lien entre santé et soins est une relation de besoin, celle-ci véhicule une dimension éthique, une obligation envers ceux qui ont besoin de soins, dans la mesure où ce besoin a été « validé » socialement par un observateur externe (Evans, 1984). Evans (1984) souligne également comment la santé n'est pas un bien économique ordinaire mais un « bien » comme la vie ou la liberté, quelque chose que l'on dispose et qui est nécessaire à la jouissance d'autres biens. Cette relation revêt alors une dimension politique parce que « When threatened, such preconditions are normally defended, not in the market, but in the political arena, and not infrequently by force of arms » (Evans, 1984 p.54). Par exemple, c'est bien sûr d'abord le cas pour des programmes publics comme Medicaid et Medicare aux Etats-Unis : « such programs themselves may be an expression of externa demands expressed through the political market place » (Jacob, 1987 p.70).

Ainsi, parce que la santé est une préoccupation collective, elle demande une analyse où la logique collective est active, une logique plus active que ce que les processus d'agrégation en économie de la santé nous laisse percevoir. De ce fait, aucune problématique ou politique de santé ne peut être pensée qu'en termes économiques, mais toujours être resituée dans un univers politique et social.

3.3 Le traitement économique des caractéristiques de la santé : l'exemple de l'incertitude

Il est normal qu'une discipline, par son champ et ses méthodes, « colore » l'objet qu'elle étudie de ses spécificités. Nous verrons dans un premier point comment une caractéristique de la santé est traitée économiquement et comment elle suscite en même temps une réinterrogation de certains points théoriques. Nous prendrons l'exemple de l'incertitude comme « the special economic problems of medical care can be explained as adaptations to the existence of uncertainty in the incidence of disease and in the efficacy of treatment » (Arrow, 1963, cité par Getzen, 1998 p.112).

L'analyse économique rencontre certains problèmes lorsqu'elle est appliquée aux soins en raison de la spécificité de ces derniers. Celle-ci est en grande partie due à l'existence d'incertitude dans l'incidence de la maladie et dans l'efficacité de traitement (Arrow, 1963). D'une part, en ce qui concerne l'incertitude de l'incidence de la maladie, non seulement la survenue de la maladie est difficile à prévoir, mais il est également difficile pour le médecin de définir la maladie (Phelps, 1992). D'autre part, la production de santé est également un processus incertain (Phelps, 1992) car chaque individu a une histoire à la fois sociale et biologique qui le rend unique. Comment la maladie évolue et comment l'organisme réagira au traitement demeure incertain et unique. Il y a donc bien également une incertitude liée à l'inexpérience de la maladie (Arrow, 1963). L'incertitude porte donc à la fois sur la nature de la maladie, le coût des traitements médicaux et l'efficacité des traitements (Levy et coll., 1975).

L'incertitude liée à la santé et à la maladie va donc façonner de manière particulière le corps analytique de la théorie néoclassique. Son influence ne joue pas dans les détails théoriques mais dans les fondements d'une construction économique d'un champ des soins. Dans ce développement sur l'icnertitude, nous allons procéder

différemment de la lecture des manuels des manuels que nous avons fait précédemment. Tous les manuels d'économie de la santé reconnaissent l'incertitude comme l'un des points centraux de l'économie de la santé qui conditionne les développements théoriques qui y sont faits. Mais chaque manuel n'aborde pas de la même manière ces développements théoriques ou mettent l'accent sur un point particulier C'est pourquoi nous avons choisi ici de miser sur la diversité plutôt que sur la corroboration de théories particulières comme celle de l'agence qui est évoquée dans tous les manuels. Nous avons alors considéré les manuels dans ce qu'ils se complètent dans le traitement économique de l'incertitude. Cette démarche nous permet de retenir et d'illustrer quatre des dimensions des fondements des théories en économie des soins :

4) La construction théorique de l'individu et plus particulièrement la rationalité et la souveraineté du consommateur
5) La relation d'agence entre le médecin et son patient
6) La nature du bien échangé
7) L'interdépendance des dimensions individuelles et collectives de la santé

3.3.1. La construction théorique de l'individu : souveraineté et rationalité du consommateur

La santé, comme intimité de la personne, ainsi que l'incertitude qui la caractérise doivent donc être prises en compte dans la construction de l'individu dans la théorie économique. La théorie du consommateur conclut que les individus, compte tenu de leurs propres préférences et des prix du marché, peuvent faire des choix qui améliorent leur situation (Rice, 1998), en partant de l'hypothèse de souveraineté du consommateur, selon laquelle l'individu est le meilleur juge de ses intérêts (Mooney, 1986). Or, il faut distinguer l'état de santé des soins. Le malade-consommateur valorise l'état de santé, mais la santé ne pouvant être achetée, il achète des soins sur lesquels il a peu ou pas d'information (Evans, 1984 ; McGuire, Henderson et Mooney, 1988 ; Phelps, 1992). C'est le médecin-vendeur qui sera mieux informé sur

la structure de la relation technique entre l'état de santé et les soins, relation qui chez Pauly (1978) définit la qualité des soins.

Ainsi on peut conclure comme le font les manuels étudiés que la souveraineté du consommateur sur laquelle repose le modèle néoclassique du marché concurrentiel ne tient pas lorsqu'on parle de soins. Cette information imparfaite ne concerne pas seulement le consommateur mais tous les individus en présence dans la relation clinique : Pauly (1978) constate qu'il n'y a pas d'accord sur la définition de la qualité des soins et tous, experts compris, n'ont pas toute l'information sur la qualité des soins. Feldstein (1988) conclut que parce que l'hypothèse de souveraineté du consommateur ne tient pas, on remplace la notion d'efficience de consommation par un critère de besoin. On suppose qu'un besoin existe tant que la productivité marginale d'un traitement est positive c'est-à-dire tant qu'il est possible du point de vue médical de faire quelque chose pour le malade (Williams, 1978). La notion de besoin ne se manifeste donc pas seulement par un besoin ressenti, une demande de soins ou un diagnostic mais aussi par l'existence d'une offre de soins qui, par sa capacité même de répondre à un problème spécifique de santé, identifie et définit ce problème de santé. En d'autres termes, c'est aussi parce que l'on sait comment traiter une maladie que celle-ci est identifiée à un besoin. « Need is thus a technical concept, a statement about the capacity of particular resource inputs to influence the health of a particular person or group » (Evans, 1984, p.17).

Pour Pauly (1978), l'ignorance du consommateur a deux conséquences : 1) un équilibre de concurrence n'est plus possible car un vendeur peut continuer de vendre à un prix supérieur et 2) les consommateurs peuvent acheter à un niveau de qualité qui ne maximise pas leur utilité. Toutefois, malgré ces caractéristiques du secteur de la santé qui ne permettent pas de rencontrer les conditions requises pour une situation économique optimale, Rice (1998) constate que certains économistes estiment que l'information détenue par les individus n'est pas parfaite mais suffisante pour que le cadre « traditionnel » de la théorie néoclassique puisse être utilisé pour l'analyse des soins.

Outre l'hypothèse de souveraineté du consommateur, c'est également l'hypothèse de rationalité du consommateur qui est mise à mal par la présence d'incertitude dans le processus de soins et de santé. Si l'analyse économique met l'emphase sur l'information parfaite, l'utilisation de l'information disponible par les patients n'a rien d'efficace (Rice, 1998). Plus particulièrement, les études empiriques citées par Rice (Hibbard et Weeks, 1989) ont montré que les consommateurs ne cherchent pas souvent l'information pour choisir un médecin. De surcroît, lorsqu'elle est disponible, les malades ne s'en servent pas, ne la comprennent pas ou sélectionnent seulement l'information qu'ils comprennent et qui n'est pas forcément la plus pertinente. Rice (1998) conclut à une dissonance cognitive entre ce que les gens savent et leur comportement et questionne par là la rationalité du consommateur posée dans la théorie néoclassique. En effet, celle-ci suppose que l'on réponde à l'affirmative aux trois questions suivantes (Mooney, 1986) : 1)Est-ce que l'individu accepte qu'il est la meilleure personne pour juger son propre bien-être ?, 2) L'individu est-il capable de juger son propre bien-être ?, et 3) L'individu veut-il faire le jugement approprié ?

L'économie du bien-être fait par là deux jugements cruciaux : 1) c'est la propre interprétation par l'individu de son bien-être qui compte et 2) les choix des individus révèlent leurs préférences (Culyer, 1971).

L'individu ne pourra répondre à ces questions pour trois raisons :

1) Il ne peut utiliser comme information adéquate celle issue de l'expérience des autres (Evans, 1984, Rice, 1998) car la maladie atteint l'individu dans ce qu'il a d'unique. Par là, le diagnostic, le traitement et son évolution seront aussi propre à cet individu particulier. Rice (1998) cite également comme exemple l'effet placebo qui n'est pas transposable d'un individu à l'autre.

2) L'état mental du malade peut détériorer sa capacité d'acquérir de l'information et de faire un choix informé (Culyer, 1971 ; Evans, 1983) car fiévreux ou dans le coma,, il devient difficile de partir à la quête de l'information et du meilleur médecin.

3) La demande d'information est aussi une demande de décision. Pour Pauly (1978), la demande de soins est une demande d'information. Or on voit bien qu'elle est plus qu'une demande d'information puisque les malades ont de la « difficulté » à traiter et exploiter cette information. Pour McGuire et coll. (1988), le patient demande au médecin d'agir comme un preneur de décision et non pas seulement comme une aide à la décision car il a peur de se tromper et de porter le fardeau du mauvais choix.

On pourrait penser que donner l'information aux malades présents et futurs par des campagnes gouvernementales d'éducation à la santé permettrait de restaurer le stock d'information suffisant pour rétablir la souveraineté du consommateur. Mais ce moyen va encore à l'encontre de la vision néoclassique de la rationalité du consommateur qui suppose que les désirs des individus sont intrinsèques. Enfin, la demande d'information est difficile à discuter en terme rationnel car la valeur de l'information n'est pas souvent connue par l'acheteur. En fait, il ne peut mesurer la valeur de l'information que s'il connaît préalablement cette information (Arrow, 1963).

3.3.2. La relation d'agence entre le patient et le médecin

Cette incertitude va alors se manifester à travers une asymétrie de savoir sur la maladie entre le médecin et le malade (Darbon et Letourmy, 1983), Même si le médecin est également soumis à l'incertitude du diagnostic et du traitement, son savoir sur la maladie demeurera supérieur à celui de son patient. C'est la raison même du recours à un médecin par le malade. Du point de vue économique on pourrait dire que le médecin-vendeur en sait plus que son patient-acheteur sur la technologie de

production et les caractéristiques des biens économiques produits. De son côté, l'acheteur connaît mieux ses propres besoins. C'est lui qui donnera aux soins toute leur signification et leur valeur (Evans, 1983).

Par l'asymétrie d'information entre le vendeur et l'acheteur de soins s'instaure une relation d'agence entre ceux-ci. Le professionnel va agir comme s'il était le malade, recherchant les intérêts de ce dernier. En cela, il devient l'agent du malade. Le public attend du médecin qu'il n'ait pas le même comportement que les gens d'affaires et ne se consacre pas à la poursuite de son intérêt personnel (Arrow, 1963). Mais il est aussi un principal économique qui recherche ses propres intérêts et, en cela, la relation d'agence sera dite incomplète (Evans, 1984). Le professionnel va donc chercher à concilier dans ses actes ses propres intérêts avec celui de son patient. Ce sont alors ces deux intérêts divergents qui guideront l'utilisation des soins. Il s'instaure par conséquent une relation de confiance entre le patient et son médecin car le patient ne peut pas tester le produit avant de l'avoir consommé (Arrow, 1963). À cette relation d'agence et de confiance, il faut ajouter une dimension thérapeutique. L'interaction psychique entre le médecin et le patient peut avoir un effet positif sur l'état de santé du patient qui se distingue objectivement des effets de la médication (Arrow, 1963). Ainsi, il demeure difficile de représenter une relation type entre le médecin et son patient. En effet, il faut prêter attention à l'hétérogénéité des patients et des médecins (McGuire et coll.,1988) : pour deux patients différents, le médecin n'agira pas de la même façon et pour un même patient, deux médecins auront des perceptions et des attitudes différentes. De plus les médecins peuvent plus ou moins bien aimer prendre une décision relative à l'un de leurs patients (McGuire et coll.,1988) .

Cette relation d'agence se vérifie dans la réalité. Alors que la maximisation est l'un des piliers de la théorie néoclassique (Blaug, 1981), la maximisation du profit n'est pas la règle dans le champ de la santé (Rice, 1998). Même dans le secteur privé américain des soins, Rice (1998) constate que le personnel a d'autres objectifs que les propriétaires des unités de production.

Cette incomplétude ne doit pas être confondue avec le problème de la relation principal/agent tel qu'il est défini dans la théorie économique : celle-ci pose des objectifs de l'agent et du principal qui sont strictement indépendants, chacun poursuivant ses propres intérêts (Evans, 1984). Rappelons que dans l'approche économique le problème du principal est d'influencer l'agent de telle sorte que les actions de celui-ci améliorent le bien-être du principal mais doivent aussi profiter à l'agent pour que celui-ci choisisse la « bonne » option aux yeux du principal (Stiglitz, 1989).

Afin de pallier ce conflit d'intérêts, un mouvement d'autorégulation professionnelle s'est mis en place, mouvement qui protège les professionnels des pressions du marché concurrentiel par des barrières à l'entrée, une interdiction de publicité, des revenus suffisamment élevés (Arrow, 1963, Evans, 1984). Il reste au patient la possibilité de faire des choix parmi les options thérapeutiques proposées par le médecin, ainsi qu'en matière de coûts (Evans, 1984). Il est tentant de dire qu'améliorer l'éducation des patients en termes de santé pèserait comme une contrainte sur le comportement du médecin. Mais elle ne peut être un substitut à la régulation professionnelle (Evans, 1984).

Cette relation d'agence doit donc être prise non seulement comme un phénomène individuel mais aussi comme un phénomène collectif. D'une part parce que les professions autorégulées agissent collectivement au nom du public en général dans une relation d'agence elle aussi incomplète (Evans, 1984). L'une des sources d'incomplétude collective est le fait que lorsqu'un médecin détermine les ressources allouées à son patient, il détermine aussi les ressources allouées au reste de la population (Evans, 1984). Il y a donc trois centres d'intérêts dans cette relation d'agence, le patient, le « producteur » de soins et la société.

Cette relation d'agence rend donc difficile l'existence d'un marché concurrentiel où l'offre et la demande seraient indépendantes, tant elles s'interpénètrent dans le

colloque singulier entre le médecin et son patient, entre le producteur de soins et le consommateur de ces soins. Alors que l'offre est en général subsidiaire à la demande, dans le champ de la santé l'offre joue un rôle important dans la détermination des prix et de l'output : les offres ne sont plus passives, le médecin est l'agent du patient, il détermine en grande partie les services achetés (Rice, 1988)

Cette situation peut donner naissance à des phénomènes de demande induite. Celle-ci se définit en termes économiques par le lien causal entre une variation de la courbe d'offre et une variation de la courbe de demande (Darbon et Letourmy, 1983). La demande induite traduit un phénomène économique où l'offre crée sa propre demande et reste un phénomène difficile à mettre en évidence. « As noted, there is little agreement on this issue, although most health economists seem to believe that physicians are able to induce demand to some extend » (Rice, 1988 p.108). Pour Pauly (1988), le problème de demande induite et d'information ne sera jamais résolu car l'information ne sera jamais complète, l'ignorance sur les causes et les traitements étant partagée par les consommateurs et les producteurs.

Pour rendre compte du problème de traitement du phénomène de l'agence dans les manuels d'économie de la santé, on reprend ici le constat de McGuire :

> « (…) it is not surprising that doctors and patients are not a ready application of neoclassical economic theory. At the same time, using currently available textbooks as a point of reference, there is no consensus about an alternative approach to physician-patient interaction. Some texts present no model at all. Among the texts committing to a model, no model or approach garners more than one vote from the electorate of authors. And no text uses a model as a general way of organizing the discussion of physician behavior. Textbook autors avoid commitment perhaps because the paradigm of the profit maximizing seller subjet to a market demand constraint is not well-accepted in health, while at the same time there is no agreeable alternative » (McGuire, 2000 p.464).

3.3.3. La nature du bien échangé

Peu d'auteurs parlent du produit échangé dans ce marché particulier des soins. Qu'est-ce qu'un soin? Comment le définir ? On constate qu'il y a bien un transfert d'information. Selon Arrow (1963) lorsqu'il y a incertitude, l'information et la connaissance deviennent un bien avec un coût de production et de transmission qui peuvent se mesurer en temps, en désutilité ou en monnaie. Toujours selon Arrow (1963), c'est bien l'information que nous achetons au médecin sous la forme de soins qualifiés. Le marché des soins se révèle autant un marché de l'information qu'un marché de services (Pauly, 1988). En 1978, Pauly avait déjà souligné que le produit échangé n'était pas homogène. En 1988, il souligne l'hétérogénéité des consommateurs qui implique qu'il n'y ait pas de soins standard. En cela, le marché des soins ne peut être un marché conventionnel. La personne est unique, à la fois biologiquement et socialement, et évolue dans un ensemble contextuel unique également. On ne peut donc faire de la production de masse mais bien du « sur mesure » à grande échelle.

Il est alors possible de faire une classification des « biens soins » en spécifiant ceux qui peuvent être étudiés par l'approche néoclassique (Pauly, 1978):

- Les soins qui consistent en information comme les services qui sont achetés fréquemment par la plupart des ménages

- Les soins qui consistent en une information particulière au patient et de forme prescriptif-informatif tels les services que le producteur fournit fréquemment mais que le consommateur typique consomme peu.

- Les soins actifs-thérapeutiques : le médecin passe du temps pour une action thérapeutique. Le producteur et le consommateur ont rarement à faire avec ce service.

Seuls les biens de la première catégorie peuvent être étudiés avec le cadre traditionnel de la théorie néoclassique (Pauly, 1978). Dix ans de développement en économie de la santé ont permis à Pauly (1988) de valider son classement des soins, mais lui permettent de conclure que l'information détenue par les individus ne sera jamais parfaite. Ce problème ne sera en réalité jamais résolu parce que l'ignorance sur les causes et les traitements est partagée par les consommateurs et les producteurs.

3.3.4. L'interdépendance des dimensions individuelles et collectives de la santé

Les soins revêtent une dimension individuelle et collective à bien des égards. Nous avons vu que la société est partie prenante dans la relation d'agence. Il y a interdépendance entre l'offre et la demande, mais aussi entre les individus. Il faut souligner comment la santé doit être saisie au sein d'une collectivité.

D'une part, on constate le souci des individus pour la santé des autres à tel point que ce souci puisse être plus fort que celui d'améliorer son propre bien-être (Arrow, 1963). Arrow (1963) utilise le concept d'orientation collective de Parsons pour distinguer la médecine des autres professions où l'intérêt personnel est la norme acceptée. Evans (1984) identifie ce souci des autres à une obligation qui repose sur la notion de besoin. Le besoin se réfère à une relation technique particulière entre les soins et l'état de santé et c'est l'évaluation d'un expert sur cette relation qui détermine le besoin, pour le malade, de soins. Si une personne a besoin de soins alors l'entourage du malade, sa famille ou la société en général, doit agir. La santé semble faire partie de cette famille de biens qui, comme la vie et la liberté, sont des pré-requis à l'appréciation de tous les autres biens (Evans, 1984). Quand ils sont menacés, ces biens ne sont pas défendus sur le marché mais dans l'arène politique. La santé semble alors faire l'objet d'un consensus social pour lequel la solution du laissez-faire est intolérable en médecine (Arrow,1963).

D'autre part, la santé des uns à une influence sur la santé des autres et cette particularité, une externalité, est un autre aspect des dimensions à la fois individuelle

et collective de la santé. D'emblée des auteurs comme Culyer (1971) et Evans (1984) notent en premier lieu qu'en présence d'externalités, les mécanismes de marché échouent dans l'allocation des ressources et conduisent à une sur ou sous-dispensation du bien en question. Le bénéfice marginal produit pour rectifier une solution sous-optimale en présence d'externalités doit alors être financé par le secteur public et cette solution est agréée par la plupart des économistes (Culyer, 1971). On distingue dans un premier temps les externalités positives comme la vaccination (elles ont un effet positif de non-contagion pour les autres) des externalités négatives comme l'abus de consommation d'antibiotiques qui rendent les bactéries plus résistantes aux traitements. Ici la surconsommation d'antibiotiques d'un individu peut être telle que les autres individus lors de leurs traitements face à une souche résistante (Evans, 1984). L'accessibilité peut également être interprétée comme une externalité dans le sens ou le public considère l'accessibilité des soins pour ceux qui en ont besoin comme une fin en elle-même et non pas seulement une façon de protéger la communauté d'une éventuelle contagion (Culyer, 1971 ; Evans, 1984), et que l'on peut considérer comme « a community or social demand (Jabob, 1987).

Un souci collectif de la santé des individus et des populations se manifeste dans l'existence de financements publics ou par assurance des soins. Un soin a un coût et la maladie peut engendrer une perte de revenus, créant par là un risque financier. Les ressources monétaires permettent d'acheter un objet (les soins) qui créera autant d'utilité que l'objet recherché (la santé). Notre société actuelle ne possède pas la technologie pour assurer la santé. On est alors contraint à une alternative de second best : on assure les risques financiers associés à l'achat des soins (Phelps, 1992). Par le mécanisme de l'assurance, on passe d'une logique d'incertitude de la survenue de la maladie dont les probabilités sont inconnues à une logique du risque financier dont la probabilité est connue, distinction que nous reprenons du manuel de McGuire et coll. (1988). La responsabilité du paiement des soins est alors transférée du patient à l'organisme d'assurance (Getzen, 1998).

3.4. Les dimensions économiques de la santé : l'exemple des notions économiques de variable et de fonction de production

Il faut enfin rendre compte comment, en intégrant la santé dans un raisonnement économique, on a parfois pu lui donner certaines dimensions économiques. En effet,

> « There are a number of basic ideas and thought patterns which economists have worked out, and use routinely, such as opportunity costs, the distinction between resource costs and wealth transfers, partial versus general equilibrium or « what happens next », which non-economists are frequently unaware of, or ignore » (Evans, 1984, p.vii).

Pour illustrer ces propos, nous allons retenir les notions économiques de variable et de fonction de production et nous montrerons comment ces notions ont été utilisées dans une réflexion économique sur la santé jusqu'à donner à cette dernière une dimension économique. Nous verrons donc 1) la santé comme variable économique, 2) la santé dans une modélisation de fonctions de production et 3) la santé comme fonction de production.

Nous avons encore ici utilisé les manuels d'économie de la santé pour traiter ces propos. Le manuel d'Evans (1984) *Strained Mercy. The economics of Canadian health care* domine ici car il est le manuel qui va le plus loin dans l'identification et la distinction des caractéristiques de l'Économique et celles de la santé. De plus, nos propos sont illustrés ici par le contenu des manuels d'économie des soins dont le contenu est le plus orienté vers la microéconomie général où les notions économiques de variable et de fonction de production sont les plus facilement identifiables.

3.4.1. La santé comme variable économique

Le raisonnement économique reposant sur un raisonnement à la marge, l'économiste va regarder quels sont les effets sur la santé de certains inputs comme les soins à partir de variations quantitatives. Ainsi, au niveau plus appliqué de l'évaluation économique, l'économiste identifiera, mesurera, évaluera et comparera les coûts et les conséquences sur les états de santé de différentes alternatives de programmes de

santé. Dans cette perspective, la santé doit être identifiée à une variable qui doit avoir certaines qualités, entre autres être objectivable et mesurable. La santé est posée dans la théorie économique comme une variable, soit un état ou un capital[2] et présente les qualités précitées.

La variable état de santé

L'état de santé est posé comme un argument de la fonction d'utilité, un état intermédiaire entre la production de soins et l'utilité/bien-être. Pour reprendre la formulation d'Evans (1984), on a :

$U = U(X_i, HC, HS(HC))$

La variable état de santé HS reste très particulière par rapport au schéma classique de la théorie du consommateur. En effet, HS est une caractéristique du consommateur et non d'un bien. En cela, l'effet des soins sur la santé dHS/dHC dépend du consommateur et n'est pas intrinsèque au bien.

Souvent, à l'instar des manuels qui situent leur analyse dans le champ de l'économie des soins (Newhouse, 1978 ; Bonamour et Guyot, 1979 ; Feldstein, 1979 ; Evans, 1984 ; Mc Guire et coll., 1988) la santé est mesurée selon sa définition négative, c'est-à-dire l'absence de maladie. Dans les études coût-avantages, on voit alors la santé mesurée à partir d'indicateurs de mortalité, comme les années de vies gagnées ou les morts évitées, ou de morbidité, par exemple la baisse du nombre de jours indisposé mais aussi par l'amélioration d'un index d'état de santé qui mesure le fonctionnement physique, social et émotionnel des personnes. Dans les études coût-utilité, chaque état de santé possible est pondérée par une valeur, l'utilité, qui reflète la désirabilité relative de l'état de santé (Drummond et coll., 1998).

[2] On fait abstraction ici des fonctionnements de Sen que l'on a vu plus haut mais qui n'ont jamais été développés explicitement dans le corps théorique de l'économie de la santé

La variable capital-santé

De même la santé est considéré comme un capital dans les théories s'inscrivant dans l'approche du capital humain. La santé y est un stock, hérité à la naissance, qui se déprécie avec le temps, à un taux croissant – au moins à partir d'un certain moment du cycle de vie, et peut être augmenté par un investissement (Grossman, 1972). On a alors la fonction intemporelle d'utilité suivante :

$U = U(\phi_0 H_0, \ldots \phi_n H_n, Z_0 \ldots Z_n)$

Avec H_0 le stock hérité de santé, H_i le stock de santé à la période i et ϕ_i le flux de service par unité de stock et $\phi_i H_i$ la consommation totale des services de santé.

Grossman (1972) définit alors la santé comme un bien, bien de consommation lorsqu'elle est l'argument de la fonction d'utilité, et bien d'investissement lorsqu'on parle du capital-santé qui détermine la quantité de temps disponible pour le travail.

A côté de ces définitions théoriques de la santé comme variable représentant un état ou un capital, la mesure de la santé sera approchée dans les évaluations économiques par le temps disponible en bonne santé et quantifiée par la production de la personne, (Drummond, O'Brien, Stoddart, Torrance, 1998).

Les limites

Pour Evans (1984), la santé est en partie objective et mesurable par des observateurs externes au processus de consommation à partir de procédures de diagnostics. En cela, elle est une source d'information additionnelle pour l'allocation des sources comparativement au reste de l'analyse économique qui ne dispose pas de ce type de variable intermédiaire. Mais elle ne peut être qu'en partie objective et mesurable. En effet, en étant une caractéristique du consommateur, elle draîne avec elle toute la diversité humaine. De plus l'état de santé et la maladie sont également des perceptions, notamment du médecin et du patient, et peuvent être différentes (Darbon et Letourmy,1983).

La mesure de l'état de santé demeure difficile (Mooney, 1986). D'une part, la santé est un concept qui véhicule des valeurs et il n'y a qu'à ici évoquer les différences de perception entre le médecin et son patient. D'autre part, la santé est multidimensionnelle, la santé physique n'est qu'une de ses dimensions. Aussi peut-il y avoir autant de concepts, de variables et de mesures que de points de vue et d'expériences différents.

Quant à l'agrégation des états de santé, elle demeure problématique, ainsi que celle des inputs (Evans, 1984) La procédure d'agrégation la plus souvent utilisée est la sommation des états de santé, ce qui suppose une variable quantitative et de même nature d'un individu à l'autre. Mais ainsi perd-t-on toute la dimension personnelle de la santé.

Sur le plan théorique, il semble qu'il y ait un accord pour que la santé soit une variable, argument de la fonction d'utilité, soit un état, soit un capital. Elle semble toutefois difficile à manier dans la formalisation mathématique et paraît faire figure de variable écran entre l'utilité et les autres variables comme les services de santé dont la nature économique est plus évidente. C'est lorsque l'on passe à la mesure de la santé que l'on perçoit toute la complexité d'un tel concept. On peut alors se questionner sur la suffisance d'identifier la santé à une variable, état ou capital, plutôt qu'à un processus par exemple.

3.4.2. La santé dans une modélisation de fonctions de production

Constatons que l'Économique suppose qu'il existe une série de fonctions de production entre quatre concepts, les ressources, les services de santé, la santé et l'utilité/bien-être, toute chose étant égale par ailleurs. Une fonction de production décrit les quantités minimales des différents inputs nécessaires pour produire un certain niveau d'outputs et incorpore toutes les contraintes techniques (Evans, 1984).

La relation entre les ressources et les services de santé

Toute offre d'un bien ou d'un service repose sur une fonction de production (Feldstein, 1988) transformant des inputs en un output. Les principaux inputs de la fonction de production de soins sont le travail, la qualification, l'équipement sous forme de services et de capital, ainsi que du matériel et la production de soins se caractérise par rapport aux autres productions par une utilisation intensive du travail (Evans, 1984).

Si les manuels s'interrogent peu sur le sens et l'utilisation qu'ils font de la notion de fonction de production, Evans (1984, p.113-114) en identifie les fondements et les limites :

> « In theoretical analysis this production function is usually given an analytic form, becoming a mathematical expression. But this carries with it implicit assumptions as to continuity and homogeneity of inputs, outputs, and production processes which may be quite out of place in the actual circumstances of a particular production process. Morover, the analytic production function is usually expressed as an equality between amount(s) of input and amount(s) of output, which, while mathematically tractable, suppresses important questions of technical efficiency. The technical constraints of production are inequalities –waste is always possible- and the equality requires the additional behavioural postulate of cost-minimization. This again may not be appropriate in firms outside perfectly competitve markets. On the whole, the production function concept is probably more useful without a strict analytic representation ».

Cette fonction de production est peu mentionnée dans les manuels si ce n'est pas l'intermédiaire des fonctions de coûts, hospitaliers par exemple, pour une intervention de santé. Mais ici encore cette fonction de production hospitalière demeure difficile à spécifier. « given the indeterminacy of the theory of the hospital it is not surprising to find that a large part of the empirical literature on hospital costs is concerned with a search for relevant and significant variables » (McGuire er coll, 1988 p.215). De même, « The fundamental practical difficulty in modelling the hospital production process is that there is no straightforward definition of hospital product » (McGuire et coll., 1988 p.218). Evans (1984) souligne alors comme cette modélisation peut

expliquer le comment des coûts mais non leur pourquoi, cette dernière question demandant l'étude du comportement des individus et des organisations.

La relation entre les services de santé et la santé

La relation entre les soins et la santé est cruciale puisque c'est l'effet positif des soins sur la santé qui justifie l'allocation des ressources dans le système de soins. Comme le remarque Evans (1984), la relation soins-santé est sous-jacente à toutes les discussions de politique de santé et l'Économique ne peut l'éviter même si elle rencontre des difficultés à l'intégrer et la formaliser dans un raisonnement économique.

La relation entre les soins et la santé est en général considérée comme une relation causale et technique (Evans, 1984 ; Feldstein, 1988 ; Rice, 1998). Cette relation est explicitement une fonction de production dans les évaluations économiques où un programme de santé est représenté comme la boîte noire d'un schéma causal entre inputs et output (Drummond et coll., 1998)

Une fonction de production entre les soins et la santé suppose que l'on puisse dissocier les mécanismes des soins des autres mécanismes déterminant la santé (Evans, 1984). Ainsi peut-on se demander si la rémission à une maladie est bien l'effet des soins reçus plutôt que les propres défenses corporelles de la personne. De même, corps et psychisme étant liés, la rémission peut être un effet placebo : la croyance qu'un effet positif du traitement sur la santé produira effectivement cet effet. Ces mécanismes psychophysiques sont différents pour chaque individu. Dès lors, si fonction de production il y a, elle serait différente pour chaque individu.

De plus, on observe des variations de pratique pour une même pathologie. On suppose alors que ces variations sont agrégées dans la fonction de production (Phelps, 1992). Il faudrait considérer la rencontre entre le patient et le médecin comme un colloque singulier qui repose sur la confiance qu'une personne souffrante a en son

médecin (Contandriopoulos et de Pouvourville, 1991). Ainsi, ce caractère unique qui émane de la personne et de sa rencontre avec un professionnel devient une source d'incertitude pour la modélisation de la fonction de production de ce processus de soins.

Le courant du capital humain a également élaboré un raisonnement à partir de fonctions de production. La santé est saisie à partir d'un capital-santé. Les fonctions de production des ménages produisent des investissements bruts dans ce capital-santé (Grossman, 1972 ; Grossman, 1982 ; Muurinen, 1982). Les inputs de ces fonctions de production incluent le propre temps du consommateur passé à investir dans sa santé et des biens échangés sur le marché comme les soins, des éléments du style de vie ou l'éducation. La fonction d'investissement s'écrit :
$I^h_t = I^h_t(X^h_t, T^h_t, E_t)$ avec X^h_t : les soins, T^h_t : le temps passé à investir dans la santé et E_t : le stock de capital humain qui joue sur l'efficience de production des ménages.

On essaie par là de s'approcher de l'intimité de la production de santé en « enrichissant » l'individu par la prise en compte d'autres déterminants de la santé qui touchent également à l'intimité de sa personne. De plus ce modèle se situe au niveau décisionnel de la personne. En effet, il pose que c'est l'individu même qui fait ses choix d'investissement dans la santé en vue de maximiser son utilité. On suppose notamment qu'il connaît le taux de dépréciation de son capital santé (McGuire et coll., 1988). Mais ce modèle néglige en cela l'incertitude dans laquelle est l'individu quant à la connaissance de son état de santé. Et même si le médecin intervenait dans ce processus décisionnel, cela ne suffirait pas à éliminer l'incertitude de diagnostic et de traitement liée au caractère unique de chaque personne.

La relation entre la santé et l'utilité

La relation entre santé et utilité est également explicitée sous forme fonctionnelle. On ne parle pas ici de fonction de production, la santé est un argument de la fonction

d'utilité. Cette fonction d'utilité permet d'exprimer en grande partie les relations causales entre les différentes variables. On trouve dans le manuel d'Evans (1984):
$U = U(X_i, HC, HS(HC))$
On pose que $\delta U/\delta HS>0$, $dHS/dHC \geq 0$ et $\delta U/\delta HC< 0$.
Une amélioration de la santé a donc un effet positif sur l'utilité alors que les soins ont un effet négatif, créant inconfort et parfois douleurs. Les soins ont un effet positif ou nul sur la santé, leur efficacité pouvant être variable.

Le raisonnement économique utilise des fonctions de production pour expliquer des liens entre différents éléments. Ces fonctions de production sont souvent implicites dans les travaux en économie de la santé. Si elles permettent une structure de l'analyse, elles incitent toutefois à des hypothèses qui produisent une distorsion vis-à-vis de la réalité. Il faut alors se questionner sur la nécessité et la capacité de la science économique à aller au-delà de ce mode de raisonnement et concevoir des processus de santé, processus de création, d'influence, qui ne soient pas des processus de production de santé. Se situerait-on alors hors de l'Économique si l'on envisageait des relations de toute autre nature ?

3.4.3. La santé comme fonction de production

On trouve dans l'Économique la proposition qu'il est possible de trouver la combinaison optimale entre les soins et d'autres déterminants de la santé. On suppose ainsi qu'il existe une fonction de production de la santé dont on peut comparer les utilités marginales. « Objective rates of substitution in production, both between inputs and outputs, are technologically determined and embodied in the concepts of the production function and the transformation frontier (Butler, 1992, p.145).

Lorsqu'on se situe au niveau de la relation causale entre les soins et la santé, on est souvent dans les faits en présence d'interventions de santé alternatives pour résoudre le même problème de santé. Ceci peut laisser supposer qu'elles sont toutes

constituées des mêmes éléments (ou inputs), mais en quantités différentes, ou qu'elles sont de natures différentes.

Ce schéma est un peu différent lorsqu'on passe à l'ensemble des déterminants de la santé. Fuchs (1972) pose un schéma causal où la santé est centrale, déterminée par les soins de santé, les facteurs génétiques et les facteurs environnementaux. La santé elle-même détermine des variables économiques comme la consommation et la production du système économique. La question est donc de savoir si les déterminants de la santé qui sont de natures différentes sont substituables entre eux. Par exemple, sur le plan de l'allocation des ressources, on peut se demander si allouer les ressources vers les déterminants biologiques de la santé plutôt qu'environnementaux peut se substituer à une allocation qui privilégerait une action sur l'environnement.

Cette problématique peut alors être superposée à un raisonnement économique fondé sur l'existence de fonctions de production comme le fait Felstein (1988), dans son manuel où un chapitre est consacré à la production de santé et qui ne fait pas référence à la fonction de production de santé du captal humain. On pose alors que les déterminants de la santé peuvent produire la santé à partir de leurs différentes combinaisons : l'économiste cherche la combinaison d'inputs qui est économiquement efficiente (la moins coûteuse pour produire l'output santé). Il faut alors estimer la fonction de production de santé et estimer les effets marginaux de chaque input sur la santé. Par exemple, Newhouse (1978, p.84) constate que « these results are also consistent with the hypothesis that at the margin medical care does not affect morbidity as much as life-style ». Ainsi l'on peut par la suite comparer les dépenses qui peuvent être faites sur chaque input en fonction de leurs effets marginaux.. On alloue alors les ressources vers le programme pour lequel un financement supplémentaire produira la plus grande variation positive d'output (Feldstein, 1988). Ce schéma intellectuel est tout à fait explicite en évaluation économique où l'on cherche à évaluer le coût d'opportunité d'un programme par rapport à un second. Le vrai coût y est alors l'ensemble des outcomes de santé

réalisable par le second programme qui ont été abandonnés au détriment du premier programme pour lequel on a alloué les ressources (Drummond, 1988).

Au niveau politique, ce raisonnement a d'importantes conséquences. En effet, supposer que les déterminants de la santé peuvent se substituer les uns aux autres jusqu'à arriver à une combinaison optimale de ces déterminants, c'est supposer que d'importants montants budgétaires puissent être réalloués entre ces différents éléments. Or, il demeure difficile au niveau empirique d'isoler les effets d'un programme de santé des autres facteurs affectant la santé des populations (Mushkin, 1962 ; Feldstein, 1988 ; Phelps, 1992). De plus, le point de vue de la justice et de l'équité doit être pris en compte dans l'élaboration d'une allocation des ressources, entre malades et futurs potentiellement malades, entre différents secteurs économiques, au cœur d'un tissu social qui peut s'en trouver modifié.

3.5. Conclusion

Tout au long de ce chapitre, nous nous sommes interrogés sur les relations qu'entretenait un concept comme la santé avec une discipline qui l'étudiait, à tout le moins la promouvait, l'économie de la santé. Nous avons alors étudié la forme et le contenu de celle-ci. L'économie de la santé reste une discipline difficile à délimiter à cause notamment de la difficulté même de définir et circonscrire le concept de santé. On observe alors une économie de la santé qui se spécialise sur un domaine de définition restreint, l'absence de maladie, face à un domaine de définition flou, se référant aux notions de bien-être et de qualité de vie, mais qui exige une multidisciplinarité pour laquelle la science économique est quelque peu frileuse. Même si l'économie de la santé apparaît « prudente », nous avons vu que toutes les représentations sociales de la santé étaient présentes dans le corps théorique économique, ce qui nous permet de souligner une élasticité certaine de la théorie économique vis-à-vis de la santé. De même, elle a incorporé dans son corps d'analyse

les trois caractéristiques de la santé que la « lunette » économique identifiait : l'incertitude, les externalités et l'asymétrie d'information entre le « producteur » et l'utilisateur de soins. Nous avons vu que des caractéristiques de la santé comme l'incertitude mettaient à mal des hypothèses fondamentales de la théorie néoclassique comme la rationalité et la souveraineté du consommateur, imposaient une relation d'agence incomplète entre le médecin et le patient ou encore dénotaient un souci collectif de la santé de chacun qui appelle certaines politiques. Mais en même temps des notions économiques comme celles la fonction de production ou de variable économique étaient utilisées pour caractériser la santé et l'intégrer ainsi dans un discours économique.

L'économie de la santé nous semble actuellement prise en étau entre plus d'économie ou plus de santé. On constate que les manuels s'orientent de plus en plus ces dernières années vers la santé alors qu'auparavant ils se restreignaient à l'analyse économique des soins. Or, accorder à la santé plus de place, c'est également ouvrir la porte de l'Économique à un discours multidiscplinaire qui porte sur la santé. Comment l'Économique intégrera-t-elle alors ces savoirs ? Les distinguera-t-elle toujours de son propre corps théorique ou les incorporera-t-elle à celui-ci en s'orientant vers l'économie politique ? Comment alors l'économie de la santé se situera par rapport à l'économie générale ? L'économie de la santé sera-t-elle une sous-discipline indisciplinée ?

CHAPITRE 4 : LE CHOIX DE LA SANTÉ, UN CHOIX D'ÉCONOMIQUE

Il est à présent légitime de se demander quel impact aura l'intérêt croissant des économistes pour la santé sur la méthodologie économique. Nous nous sommes arrêtés à l'idée de choix de pratique que doit provoquer cette mise en commun de la santé, soit objet d'étude soit concept satellite d'une analyse économique, et du corps théorique de l'Économique. Ces choix de pratique se sont révélés alors que nous faisions une synthèse des trois précédents chapitres qui portaient sur la santé comme concept multidimensionnel et multidisciplinaire et de la littérature sur la méthodologie économique. Plus précisément, il s'agissait de construire un discours d'ordre méthodologique (au sens économique) sur la place de la santé dans l'Économique.

Nous avons commencé par faire une lecture des chapitres sur la santé entendue comme norme individuelle et collective en extrayant tous les éléments susceptibles de trouver une correspondance dans l'Économique. C'est ainsi que la santé comme norme nous faisait penser à l'économie normative, la santé comme lien entre l'individu et son environnement évoquait l'individualisme méthodologique de l'Économique, la santé reconnue comme norme universelle nous faisait immédiatement nous demander si elle s'appliquait également comme telle à l'économiste dans ses travaux etc... Il faut ici souligner que nous avions fait précédemment un va et vient de cette nature pour choisir les dimensions de la santé que nous voulions développer dans les chapitres portant sur la santé comme norme. Puis nous avons fait le même travail avec les ouvrages de méthodologie économique, c'est-à-dire identifier les points de méthodologie que l'on peut associer aux dimensions de la santé comme la distinction entre l'économie positive et l'économie normative pouvait se rapporter à la notion de norme, le problème de réalisme des hypothèses nous menait à nous interroger sur la vision de la santé qu'avait l'Économique etc. Nous avons en fait ici repris point par point les dimensions de la santé et de l'Économique qui nous avaient semblé communes et qui avaient guidé la

construction des premiers chapitres. Il est alors apparu que ces dimensions communes pouvaient être interprétées comme des choix de pratique de l'économiste. Cette idée était par ailleurs renforcée par le troisième chapitre qui montre les différentes conceptions de la santé retenues dans l'Économique et comment l'économiste choisit de modéliser certaines dimensions de la santé et d'imposer à la santé certaines dimensions économiques.

La catégorisation des dimensions de la santé et de l'Économique mises en commun a révélé quatre grands choix de pratiques : 1) le choix d'une conception de la santé, 2) le choix éthique, 3) le choix entre l'orthodoxie économique et une multidisciplinarité, et 4) le choix d'un certain niveau de réalisme.

4.1. Le choix économique d'une conception de la santé

4.1.1. La santé, un concept multidimensionnel

Lorsque les sciences de la vie et les sciences sociales réfléchissent sur la santé, celle-ci apparaît comme un concept multidimensionnel. La santé demeure un concept difficile à saisir et est le plus souvent abordée à partir de l'une de ses conceptions. Toutefois, nous pourrions saisir la santé à partir de deux traits principaux.

1) La santé est d'abord une caractéristique individuel. Elle a ainsi pu être définie comme l'absence de maladie mais il existe également une définition positive de la santé qui se traduit par une sensation de bien-être, de capacité à réaliser des projets, un sentiment de force, de contrôle sur le cours de sa vie (Herzlich, 1969). Mais la santé n'est pas une : l'absence de maladie est fonction du choix de normes par exemple le choix du seuil acceptable du taux de cholestérol ou encore, celui de caractéristiques physiques, comme le goître, qui sont, selon les cultures, des maladies ou la manifestation de corps sains. La santé varie aussi selon les normes que chaque

personne adopte vis-à-vis de sa propre vie et qui sont issues de sa propre personnalité, de ses expériences et de son entourage. C'est ainsi qu'une personne se sentira malade et vivra une expérience de maladie pour une situation où une autre personne pourrait se considérer en santé. Aussi, la santé est-elle multiple selon les normes culturelles, médicales et sociales à un moment donné mais aussi selon les normes individuelles que la personne s'est construite et qui jalonnent sa vie. Les mêmes observations s'appliquent lorsqu'on parle de la santé positive. On voit bien la difficulté à définir la santé positive à partir de certaines sensations qui sont aussi le résultat d'une personnalité, d'expériences et de normes sociales. La santé positive a été la conception de la santé retenue par l'OMS (1946) définie comme un bien-être physique, psychique et social.

2) La santé peut ensuite être entendue comme une relation de l'individu à son environnement, relation tout à la fois d'adaptation et d'autonomie. Cette relation a été interprétée d'un point de vue déterministe dans tous les travaux des sciences de la vie et des sciences sociales qui cherchent à identifier les déterminants biologiques et psychosociaux de la santé et à expliciter les mécanismes, les liens de causalité entre la santé de l'individu et son environnement (ICRA, 1994). Mais cette relation est également normative car la santé peut être comprise comme un phénomène de normalité et de normativité (Canguilhem, 1966) : être en santé pour une personne, c'est être normal comparativement à l'état de santé des autres personnes de son groupe et c'est aussi être normatif en créant de nouvelles normes de vie tant organiques que psychosociales qui s'imposent à son environnement. C'est alors un vrai espace normatif de la santé qui se construit autour de la personne.

Prenons l'exemple de Dubos (1965) des aborigènes d'Australie qui se sont adaptés biologiquement à une vie en zone aride en développant une élasticité de leur estomac qui leur permet de stocher de l'eau. L'élasticité de leur estomac est devenu une norme, à la fois une normalité car tout le groupe a cette caractéristique physique et une normativité dans le sens où les séjours dans le désert sont devenus normes de vie comme la grande élasticité de leur estomac est devenue une norme organique.

4.1.2. Les représentations sociales de la santé dans l'Économique

Le premier choix auquel est confronté l'économiste lorsqu'il travaille sur la santé est la conception même de la santé à partir de laquelle il va travailler. Souvent ce choix est implicite et n'est même pas entendu comme un choix. Nous avons tous, inconsciemment, notre propre conception de la santé et cette conception immédiate guidera de manière implicite le choix d'une conception économique particulière de la santé. Cette conception spontanée de la santé masque en fait l'éventail des conceptions de la santé à partir desquelles l'économiste pourrait travailler. Le plus souvent, lorsque les manuels en économie de la santé abordent la problématique d'une définition de la santé, c'est la santé comme absence de maladie et la santé comme bien-être qui sont mentionnées.

La santé n'a pas été l'objet de grands développements et de débats théoriques au sein de l'Économique. Ainsi ne se manifestera pas toujours pour l'économiste le besoin de mener une réflexion sur la conception de la santé qu'il estimera la plus pertinente et la plus adéquate à la vision du monde sous-jacente à ses hypothèses de travail. Cette réflexion pourrait être étayée par des travaux sur la santé issus d'autres disciplines qui cherchent elles-mêmes à construire un concept de santé ou à mettre en évidence la pluralité des conceptions de la santé. Pour illustrer ce choix que fait l'économiste parmi plusieurs conceptions de la santé, nous allons retenir les trois grands types de représentations sociales de la santé qu'Herzlich (1969) a mis en évidence et nous allons les utiliser comme grille de lecture de la théorie économique afin d'identifier la diversité des conceptions de la santé en économie.

3. *la santé-vide* telle que l'a identifiée Herzlich (1969) est l'absence de maladie. Bien qu'elle ne soit que très rarement explicitée comme définition même de la santé dans les travaux économiques, c'est la représentation de la santé qui a guidé depuis une quarantaine d'années le développement de l'économie des soins comme sous-discipline de l'économie. L'accent est mis ici sur les moyens, les

soins, qui pallieront à la maladie. Ce champ théorique est largement dominé par la théorie économique néoclassique.

4. dans *le capital-santé* de Herzlich (1969), la santé est assimilée à la robustesse, la force, la résistance aux maladies. Cette représentation trouve son pendant en économie dans la notion de capital et a été théorisée par Grossman (1972) à partir de l'approche du capital humain. La santé est un stock hérité à la naissance, qui se déprécie avec le temps et qui peut être augmentée par un investissement. La théorie du capital humain pouvant être considérée comme un sous-programme du programme de recherche néoclassique au sens de Lakatos (Blaug, 1982), c'est encore la théorie néoclassique qui est utilisée ici.

5. La santé-équilibre (Herzlich, 1969) est une norme organique et une norme de vie correspondant aux états de bien-être physique, psychique et social vécus par une personne. Cette notion que l'on pourrait qualifier de bien-être et de bien-faire trouve une résonance dans l'approche des capabilités de Sen (1992). Celui-ci ne se concentre pas exclusivement sur les biens et/ou la satisfaction mais sur des actes d'être et de faire (*functionnings*) possibles et réalisés pour un individu, cette notion de possibilité étant elle-même un indicateur de santé. Cette approche rejoint d'autres points de vue sur les fins dans l'Économique comme celui de la qualité de vie (Nusbaum et Sen, 1993), le concept de « *well-being* » et certains instruments de mesure de la santé utilisés dans les évaluations économiques. Il est difficile de dire quelle sera l'ampleur de sa rupture avec la théorie néoclassique. En effet, l'approche de Sen se démarque de la théorie néoclassique sur de nombreux points, que ce soit celui de la rationalité ou d'une manière plus large celui de la conception de la personne et de l'allocation des ressources. Mais en même temps, on a vu comment la théorie néoclassique a englobé dans le passé des théories concurrentes en les adaptant à son corps théorique (Beaud et Dostaler, 1993) et on peut se demander dans quel mesure cette approche pourrait être intégrée au cadre néoclassique.

On constate donc que plusieurs conceptions de la santé ont été théorisées en économie, même si cette théorisation n'émane pas d'une volonté délibérée, volonté d'abord de théoriser la santé plutôt qu'un phénomène économique comme la demande de soins ou la demande de santé, et volonté ensuite d'offrir des conceptions théoriques de la santé concurrentes. Malgré cette constatation, il faut souligner la présence en économie des trois représentations sociales de la santé identifiées par Herzlich (1969) dans la population française. L'Économique fait par là preuve d'une certaine souplesse vis à vis de son objet d'étude. Par conséquent, il y a donc bien un choix de conception de la santé qui est fait dans les travaux en économie de la santé.

4.2. Un choix éthique

Le second choix qu'un économiste fait lorsque, dans son raisonnement, il adapte santé et économie est un choix éthique. Ce choix se fait à trois niveaux : 1) en définissant implicitement ou explicitement la santé, il définit une norme de vie pour la personne, 2) il choisit quelle place occupe la santé dans les fins poursuivies par la société et 3) en choisissant une conception de la santé parmi plusieurs, il choisit un critère particulier d'allocation des ressources.

Ce choix éthique n'est pas toujours explicite dans les travaux économiques car la dimension normative de l'Économique y est parfois évacuée. Or les rapports de l'Économique avec l'éthique sont beaucoup plus étroits que la science économique moderne ne le laisse supposer. C'est ainsi que Sen (1987) distingue deux origines de l'économie. La première, d'ordre éthique, correspond à la préoccupation de l'économie de traiter deux problèmes, celui de la motivation humaine (quel jugement a une personne sur la question « comment doit-on vivre » qui influencera son comportement) et le problème du jugement sur l'accomplissement d'une société, par exemple en terme de répartition des richesses. Ce sont bien ces deux problèmes que l'on retrouve dans les trois types de choix éthiques que nous avons identifiés plus haut dans le raisonnement économique où santé et économie sont plus ou moins

intégrées. La seconde origine de l'économie est qualifiée par Sen de mécaniste et consiste en l'étude de toutes les techniques qui peuvent être mises en œuvre dans l'art de gouverner. Ces deux points de vue ont toujours coexisté dans l'Économique, mais Sen constate combien le point de vue éthique est écarté dans la littérature économique moderne.

4.2.1. Travailler sur la santé, c'est travailler sur une norme.

L'économie de la santé s'apparente à l'économie du bien-être. La santé, comme le bien-être, serait une norme personnelle que l'on peut juger du point de vue de la personne qui ressent et évalue son état de santé, comme l'individu dans l'Économique qui évalue son bien-être (*welfare*). De même, d'un point de vue extérieur, le médecin juge l'état de santé de son patient par l'examen de son organisme comme l'économiste jugerait du bien-être d'une personne par son revenu –. Ainsi la santé serait le résultat d'un jugement qui nous fait glisser vers l'économie normative.

Mais la notion même de santé nous conduit à un schéma normatif beaucoup plus complexe dans la mesure où la santé est elle-même productrice de normes. En effet, la santé peut être entendue comme la relation d'un individu à son environnement, tant sur le plan biologique que psychosocial. La santé doit être comprise dans un cadre de normalité et de normativité (Canguilhem, 1966). Un individu est en santé lorsqu'il est normal, adapté à son milieu, et lorsqu'il est normatif c'est-à-dire qu'il norme son milieu. Cette relation ne peut être envisagée sans la notion de finalité d'adaptation et d'autonomie. Parler de la santé d'une personne, c'est parler de ses projets et de leur réalisation. S'il est aisément concevable que l'individu psychosocial construit des projets, se fixe des buts, l'existence de projets et de buts biologiques est encore sujet à controverse. La science met actuellement l'accent sur le lien normatif entre l'individu biologique et l'individu psychosocial, comment le plaisir, la force et la souffrance physiques et mentales sont liées, comment « ce qui doit être » aux niveaux biologique et psychosocial sont sans cesse engagés dans un dialogue. L'économie a

actuellement peu de moyens conceptuels pour rendre compte de cette complexité normative aux niveaux biologique et psychosocial. Mais l'on doit conclure que lorsque l'économiste pose un comportement individuel particulier, une motivation humaine particulière comme la rationalité économique, il pose en fait une norme de vie particulière, un résultat particulier d'un processus d'adaptation et d'autonomie tant au niveau biologique que psychosocial. Par exemple, un comportement de maximisation nous laisse supposer un individu en parfaite santé, possédant ses pleines capacités physiques et psychiques, parfaitement adapté et autonome vis-à-vis de son milieu et qu'il en ait conscience.

4.2.2. La santé comme finalité de la société

La santé s'est imposée comme une valeur quasi-universelle au cours du XXe siècle. Promulguée par les organisations internationales qui font suite à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme comme un objectif à poursuivre par nos sociétés, la santé demeure toutefois difficilement défendue dans les faits, en concurrence avec les objectifs de puissants groupes d'intérêts politiques et économiques. Cette place de plus en plus grande que la société veut donner à la santé est allée de paire avec l'évolution de l'État. La santé s'est révélée une justification de l'existence de l'État Providence qui exerce un bio-pouvoir en protégeant le vivant (Foucault, 1976 ; Ewald, 1985, 1996). Mais ici encore, il est difficile d'évaluer la place de la santé. En effet, ce bio-pouvoir doit être maintenant envisagé dans la transformation actuelle de l'État qui se met en place et est peu documentée. On peut alors se demander si, dans ses travaux, l'économiste va défendre et poser comme objectifs de la société qu'il modélise ces valeurs universelles qui comme la santé se réfèrent à une dimension morale et politique peu explicite dans la science économique moderne.

Si les économistes de la santé posent la santé comme finalité du sous-système économique qu'ils étudient dans le sens où l'on cherche à corriger la maladie, celle-ci n'est plus prioritaire quand on passe à l'étude du système économique dans sa

globalité. D'une part la santé étant un secteur d'activité de l'économie, celle-ci peut être en concurrence comme finalité avec celles des autres secteurs économiques, une concurrence qui se retrouve également entre les différents postes du budget de l'État dans la répartition des recettes fiscales. D'autre part, en distinguant en économie les politiques économiques des politiques sociales, les premières sont considérées prioritaires puisque dans le raisonnement économique, c'est l'augmentation du PIB qui permet l'amélioration des facteurs sociaux comme la santé. Dès lors la santé pourra difficilement s'imposer comme un argument prioritaire des modèles et politiques macro-économiques – une exception toutefois lorsque la santé est posée comme un élément d'amélioration du facteur de production travail et par là un élément clé du développement économique (Banque Mondiale, 1993 ; OMS, 2001).

Lorsque la santé est une finalité dans un travail économique, un arbitrage entre l'efficience et l'équité se pose à l'économiste. Les études scientifiques sur la santé ont montré la corrélation positive entre la richesse d'un pays et la santé de sa population. Le raisonnement économique pourra prôner, avec les meilleures intentions du monde, comme le souligne Hirschman (1984), que l'accroissement du PIB est la solution aux problèmes de santé et qu'il s'agit d'un problème d'efficience économique. Or, les études scientifiques ont également démontré l'existence d'un gradient de santé entre les personnes, gradient corrélé avec leur statut socio-économique. Il s'agit bien ici d'un problème d'équité au sens économique et l'économiste est véritablement confronté à un arbitrage entre maximiser la santé d'une population quels que soient les écarts de santé dans la population et rechercher une situation plus égalitaire des états de santé. En économie de la santé, cet arbitrage a été posé avec plus d'acuité (Contandriopoulos et coll, 1996). Si la santé définie comme absence de maladie est bien la finalité du système de soins, on passe d'un raisonnement en termes de revenus à un raisonnement en termes de soins. C'est ainsi que l'efficience porte à la fois sur le contrôle des coûts du système de soins et sur la qualité et l'efficacité des soins. L'équité assure l'universalité, l'accessibilité et la globalité des soins qui émanent de cette volonté collective mise en avant par Arrow (1963). Enfin, la liberté sous forme d'autonomie individuelle est la troisième valeur essentielle du système de soins, celle

du professionnel ainsi que la liberté de choix pour la population (Contandriopoulos et coll., 1996). Dès lors l'économiste est bien encore pris dans un arbitrage entre différentes valeurs lorsqu'il travaille sur des modalités organisationnelles du système qui favoriseront plutôt certaines valeurs que d'autres.

4.2.3. Définir la santé, c'est définir un critère d'allocation des ressources

Enfin, le choix d'une définition de la santé revêt la forme d'un choix éthique parce que c'est le critère même d'allocation des ressources que l'on est alors en train de formuler.

Concevons d'abord la place de la santé dans cette allocation. Si l'on retient la distinction entre les moyens et les fins, la santé peut d'abord être entendue comme un moyen qui permet d'atteindre une fin, celle-ci pouvant être assimilée schématiquement à une amélioration du bien-être des personnes ou à une amélioration de la richesse nationale si l'on suppose que la santé des travailleurs est un élément déterminant de leur productivité. De plus, la santé peut également être entendue comme une fin de l'allocation puisqu'elle est de ces valeurs promues universellement qui vont de pair avec la liberté et la dignité humaine et qui sont de plus en plus identifiées à la qualité de la vie. Mais la santé n'est pas seulement un élément d'une allocation des ressources. Dans un schéma économique, on peut la concevoir elle-même comme un phénomène d'allocation des états de santé, un phénomène parfois identifié à une fonction de production dont on connaît également les inputs identifiés à partir des travaux sur les déterminants de la santé.

Pour rendre compte que la diversité des conceptions de la santé implique une diversité des critères d'allocation des ressources, nous proposons ici deux petits exercices de simulation. Dans le premier exercice, nous identifions trois conceptions de la santé et nous en déduisons l'allocation des ressources correspondante lorsque la santé y est une fin.

1) Si l'on retient une santé négative synonyme d'absence de maladie, l'économiste fixera son attention sur le système de soins qui seul pallie la maladie et les ressources seront donc dirigées vers les malades via les producteurs de soins.

2) Si l'on retient la notion de santé positive et qu'on l'entend comme un bien-être physique, psychique et social, alors l'économiste est amené à étudier le système économique dans sa globalité et se trouve confronté à une double difficulté. Il doit d'une part bien connaître les mécanismes de la santé du niveau biologique au niveau psychosocial afin que les ressources soient dirigées vers les interventions les plus efficaces dans tous les secteurs économiques. D'autre part, il est confronté à l'existence de multiples fins des agents économiques qui sont également des acteurs politiques, des fins qui peuvent être toutes autres que l'amélioration de la santé. C'est pourquoi la régulation du système qui réaliserait cette allocation s'avère problématique tant pour sa conceptualisation que pour sa mise en pratique. De plus, la distinction entre bien-être physique, psychique et social reflète un découpage de la réalité qui a également cours dans la science et dans notre vision du monde en général. C'est pourquoi cette distinction se retrouve également dans l'allocation des ressources tant au niveau de l'identification des personnes bénéficiaires que de la détermination des budgets, des institutions et des professions qui les reçoivent.

3) Si la santé se traduit par l'adaptation et l'autonomie, c'est à dire une relation entre l'individu et son environnement, il peut en résulter deux allocations fort différentes. D'une part, l'intervention peut être dirigée vers l'individu afin de le renforcer dans ses capacités d'adaptation et d'autonomie. D'autre part, on peut a contrario poser que ce sont les interventions dirigées vers l'environnement qui produiront un plus grand

effet positif sur la santé de l'individu et allouer les ressources vers cet environnement en vue de sa transformation.

Un deuxième exercice de simulation à partir des trois représentations sociales de la santé identifiées par Herzlich (1969) dans un cadre d'égalité montre encore une autre perspective de diversité d'allocation des ressources. Utilisons la représentation de Sen des choix éthiques sous forme d'espaces, chaque espace représentant une caractéristique individuelle comme le revenu, l'utilité, la liberté etc., -, chaque espace étant structuré par un opérateur comme l'égalité, la maximisation, le leximin etc. Chacune des configurations entre un espace et son opérateur donne lieu à une allocation différente des ressources. Prenons alors l'espace des repésentations sociales de la santé de Herzlich (1969) structuré par l'égalité :

1) L'égalité dans l'espace de *la santé-vide* entendue comme absence de maladie suppose que tous les individus souffrant d'une maladie reçoivent les soins requis pour que toutes les personnes aient ce même état de santé caractérisé par l'absence de maladie. Il faut souligner qu'une égalité dans un ensemble correspond à une inégalité dans un ou plusieurs autres espaces. Ainsi, si cette définition de la santé vise la réalisation d'un résultat, il est évident que les moyens mis en œuvre pour chaque personne pourront être différents, la santé manifestant le caractère unique de chaque personne. C'est pourquoi chaque malade recevra les soins dont il a besoin et qui diffèrent de ceux reçus par un autre malade afin que tous deux retrouvent un état égal de non-maladie.

2) L'égalité dans l'espace du capital-santé suppose que l'on garantisse à chacun d'avoir cette force, ce potentiel nécessaire à la réalisation de ses projets. Il faut souligner ici que réaliser ce potentiel suppose que les ressources matérielles allouées à chaque personne le sont en quantité et qualité différentes, chaque personne ayant des capacités différentes. Cela signifie également qu'on ne vise pas une égalité de résultat des projets

réalisés, par exemple une égalité des bien-être ou des états de santé que procure la réalisation de ces projets.

3) L'égalité dans l'espace de la santé-équilibre suppose que l'allocation des ressources aura pour but d'égaliser un résultat, c'est-à-dire que les personnes réalisent les mêmes actes d'être et de faire ou a tout le moins aient la même possibilité de les réaliser s'ils en font le choix, ce qui suppose bien sûr que chacun reçoit les ressources nécessaires à la réalisation de ces actes en fonction de leurs capacités individuelles.

On voit bien que selon la conception de la santé choisie, c'est une caractéristique personnelle particulière qui est mise en avant et qui débouche sur une finalité et un critère particulier d'allocation des ressources. Souvent l'économiste, en négligeant même ce choix entre des conceptions différentes de la santé, évacue en même temps cette problématique éthique. Entamer une réflexion sur la santé, même dans une démarche économique, conduit toujours à une réflexion sur ce qu'est une vie bonne pour la personne et comment la collectivité, à travers ses valeurs et ses ressources, peut contribuer à ce projet éthique. Mais « elle (la moralité) a sa place au centre de notre travail, à condition que les chercheurs en science sociale soient moralement vivants » (Hirschman, 1984, p.109).

4.3. Le choix entre l'orthodoxie économique et la multidisciplinarité

4.3.1. Orthodoxie et multidisciplinarité

Les économistes de la santé sont face à deux avenues de recherche pour travailler sur la santé. D'une part, ils peuvent travailler à partir des caractéristiques de la santé « internalisées » par l'Économique dans un cadre théorique « orthodoxe ». C'est alors se situer dans le champ disciplinaire de l'économie des soins où la théorie

économique a intégré certaines caractéristiques de la santé (entendue comme absence de maladie) identifiées par Evans (1984). C'est ainsi que l'Économique a retenu de la santé son incertitude à la fois dans l'incidence de la maladie et dans la production des soins tant au niveau du diagnostic que des résultats du traitement, ce qui crée notamment une demande de soins particulière, irrégulière et imprévisible (Arrow, 1963). De même, l'Économique a théorisé le phénomène d'externalité dans les interactions entre les états de santé des personnes (par exemple la vaccination, la contagion) ainsi qu'entre les utilités et c'est par exemple ici l'altruisme. Le dernier grand point identifié par Evans (1984) est l'asymétrie d'information entre le « producteur » et l'utilisateur des soins. Ces trois phénomènes ont donné naissance à de grands axes de recherche en économie de la santé et à une réponse institutionnelle qui leur est propre dans la régulation des soins (Evans, 1984). C'est ainsi que l'assurance pallie à l'incertitude, le professionnalisme à l'asymétrie d'information, et le financement public et une production par des organisations à but non-lucratif afin de pallier aux externalités et aux asymétries d'information (Evans, 1984). Mais la santé y a également acquis certaines caractéristiques économiques en étant assimilée à une variable économique dans une construction de fonctions de production (Newhouse, 1978 ; Feldstein, 1979).

D'autre part, les économistes peuvent aussi utiliser les travaux multidisciplinaires de la santé publique ou ceux des autres sciences humaines, tant au niveau de l'élaboration des hypothèses que des concepts et des méthodes utilisés pour la modélisation économique. Chaque discipline a en fait sa manière d'aborder la santé et ses déterminants. Bibeau et coll.(2001) identifient cinq points de vue à partir desquels on peut parler de la santé: 1) le point de vue social, collectif et communautaire et il s'agit ici de relier la disparité sociale entre les groupes et au sein du groupe à des inégalités dans la santé des groupes, 2) le point de vue culturel et comportemental et l'on relie ici les comportements des personnes, les caractéristiques culturelles de la société à l'apparition de problème de santé, on étudie les représentations, les attitudes et les systèmes d'explications des personnes relativement aux maladies, 3) le point de vue économique et on relie l'état de santé à la classe sociale et à la pauvreté, 5) le

point de vue politique et l'on fait le lien entre le système politique et la santé, 5) les variables éthiques et c'est par exemple le lien qui existe entre la santé et la justice sociale à l'œuvre dans un système donné. Mais s'inspirer de la multidisciplinarité, c'est prendre le risque de ne plus voir attribuer à ses travaux sa dimension première qui est économique. Aussi peut-on dire que l'économiste devra faire un choix entre une certaine multidisciplinarité et une orthodoxie économique certaine.

Ce choix entre l'orthodoxie économique et le métissage interdisciplinaire demeure un choix personnel de l'économiste. Mais l'environnement de l'économiste influence également son travail, non seulement son environnement professionnel qui validera ses travaux mais aussi la culture de son pays. C'est ainsi que les différences entre manuels d'économie de la santé montrent qu'une approche américaine favorise la microéconomie appliquée et une analyse à partir de la notion de marché qui est prédominante dans le système de soins américain (Newhouse, 1978 ; Feldstein, 1979) alors que les manuels français montrent une approche plus multidisciplinaire et plus institutionnelle (Levy et coll. 1975 ; Bonamour et Guyot, 1978), l'approche canadienne et en général celle des pays du Commonwealth nuançant ses deux premières approches (Evans, 1984 ; McGuire et coll., 1988, Culyer (ed), 1991 ; Culyer et Newhouse (eds), 2000).

Pourtant la multidisciplinarité s'immisce dans le travail de l'économiste parce que, comme dans le roman *L'avalée de l'avalé* de Réjean Ducharme (1966) « La vie est dans ma tête et ma tête est dans la vie. Je suis englobante et englobée. Je suis l'avalée de l'avalé ». Parce que sa tête est dans la vie et la vie est dans sa tête, l'économiste a une expérience immédiate de la réalité qui repose sur l'entendement humain plus que sur une lecture économique des faits et des comportements économiques même s'il ne faut pas négliger celle-ci. Une réalité qui est à la fois économique, sociale, politique et psychologique etc, toutes ces dimensions constituant pour nous l'entendement humain et qui sont par la suite segmentées et spécialisées dans la pluralité des sciences humaines. Il nous apparaît impossible d'isoler une réalité purement économique tant du point de vue de la nature du phénomène que de celui de

la construction intellectuelle de ce phénomène. Par conséquent, lorsqu'elle définit ses problématiques et élabore ses hypothèses, l'Économique a forcément recours à des éléments issus soit du domaine d'étude soit des constructions théoriques des autres disciplines. Si l'on prend l'exemple de l'hypothèse que l'individu maximise sa santé, on fait bien une hypothèse sur la psychologie du comportement de l'individu et l'on sous-entend un cadre socio-économique et politique particulier où ce comportement est possible et valorisé.

Il faut toutefois reconnaître certaines difficultés que pose cette utilisation de connaissances multidisciplinaires. Ainsi, il est toujours difficile d'utiliser un concept dont la définition varie selon les disciplines. Soit il faut alors faire le choix d'une définition du concept correspondant à une discipline particulière, soit il faut tenter d'articuler les différentes dimensions disciplinaires de ce concept de façon cohérente, ce qui demeure particulièrement complexe.

Enfin, on ne peut éviter de parler du coût de la multidisciplinarité. D'abord, une « balade entre les disciplines universitaires est le luxe de la réflexion lente » (Régine Robin, 2001). Cette balade a déjà un coût en temps car chercher des concepts dans une autre discipline demande une familiarisation de l'économiste pour cette autre discipline à la fois du point de vue des théories que des méthodes et du vocabulaire. À cette recherche s'ajoute le temps passé à tenter d'articuler ces concepts multidisciplinaires dans un cadre qui est celui de l'Économique. A ce coût en temps doit bien sûr être associé un coût monétaire relié à l'impératif de productivité de la recherche. Enfin, il faut parler d'un coût « institutionnel ». Introduire dans l'Économique des éléments qui lui sont extérieurs pour de nouvelles constructions théoriques peut aller jusqu'à être interprété comme un détachement volontaire de l'économiste vis-à-vis de sa discipline. Mais ici l'économiste prend aussi le risque de ne plus être reconnu par ses pairs à cause de la nature de ses travaux et de ne plus trouver de niche institutionnelle.

Pour l'heure, on peut conclure que l'on a trouvé des solutions « institutionnelles » à ces travaux sur la santé qui sont à l'origine économiques mais qui, parce qu'ils empruntent à d'autres disciplines » sont relégués vers d'autres disciplines, comme la socio-économie, ou vers un domaine de productions intellectuelles propres à la santé, la santé publique. Mais l'intérêt pour ces connaissances et ces méthodes développées hors Économique n'a pas déclenché de véritable réflexion sur l'évolution de la définition de l'Économique et de sa pratique.

4.3.2. La multidisciplinarité du champ de la santé : l'exemple de l'État

L'économiste, à partir de son cursus et son environnement, opte généralement pour un cadre théorique déjà établi comme point de départ de ses travaux. Nous entendons ici par établi une théorie suffisamment développée pour que de nombreux travaux s'inscrivent dans son cadre et une théorie « reconnue » par la profession. En économie de la santé, on pourrait dire que la théorie néoclassique domine dans les hypothèses de travail et les concepts retenus. Toutefois, si l'on se situe à la fois au niveau de la définition de la santé et à celui d'une problématique sociale de la santé, on peut se demander si une approche exclusivement économique est suffisante pour construire une problématique de la santé.

Prenons l'exemple de la place de l'État-Providence dans une problématique de santé. Dans l'Économique, l'État a des fonctions multiples, toutes économiques : générateur de transaction, pôle de redistribution, source de réglementation (Walliser, 1994). Walliser (1994) décrit ainsi l'État au niveau microéconomique comme une entité représentative de la collectivité, se situant au-dessus du système économique et agissant sur lui par diverses voies sans effet en retour et, au niveau macroéconomique comme un agent qui dispose d'instruments de politiques économiques spécifiques, d'allocation des ressources ou de stabilisation des marchés. C'est ainsi que la problématique de la santé pour cet État est celle du financement de la santé et du mode de régulation du système de santé.

Or la santé et l'État sont autres. La santé s'est révélée comme une valeur quasi-universelle et, si l'on ne peut pas parler de droit à la santé, certains pays comme le Canada ont véritablement institué un droit aux soins dans les règles de leur système de soins. Or on constate dans le cas canadien qu'une rhétorique sur la crise financière du système est à l'œuvre qui fragilise ce droit, une crise qui n'est pas seulement celle des finances publiques mais celle aussi de l'État-Providence. Des solutions économiques sont proposées comme les frais modérateurs et font partie d'un phénomène plus global de régulation sociale fondée sur une logique économique. On voit alors un système de soins de plus en plus régulé par une logique marchande qui s'autonomise de l'État. Mais dans une autre dimension disciplinaire, nous avons vu que l'État moderne s'était donné pour fonction la protection du vivant, un bio-pouvoir qu'il exerce et qui est l'un de ses fondements mêmes. Que l'Économique ne tienne pas compte de ce bio-pouvoir dans sa (ses?) conceptions de l'État, c'est enlever à l'État l'une de ses raisons d'être et finalement constituer dans l'élaboration des politiques une véritable petite « révolution » qui peut aller jusqu'à une transformation radicale de l'État. Dès lors on peut se demander qui, dans la société, est actuellement en mesure de concevoir un projet de santé pour la collectivité.

Ainsi, ne pas s'accorder une vision plus large d'une problématique de santé que celle qu'offre le cadre économique, c'est ne plus accorder de priorité aux droits sociaux car l'Économique a tendance à écarter les considérations éthiques issues de la philosophie politique. C'est également véhiculer une conception économique de l'État qui, en écartant l'analyse politique et sociale, ne tient pas compte de la santé comme fondement même de cet État et qui redéfinit le rapport de l'individu à la société sur une base purement économique.

4.4. Le choix d'un certain niveau de « réalisme »

Il nous semble important d'aborder maintenant un choix connexe à celui de la multidisciplinarité, le choix d'un certain « réalisme » des hypothèses. Dans la

démarche que nous avons entreprise, nous ne pouvons parler ici de véritable réalisme car nous avons adopté une logique particulière où la santé est un construit scientifique d'une réalité plutôt que directement une réalité. Nous sommes partis d'une synthèse partielle des discours scientifiques sur la santé afin d'en retenir certaines dimensions, par exemple la notion de norme, de relation d'adaptation et d'autonomie de l'individu vis-à-vis de son environnement, mais aussi ses représentations sociales. Ces différentes dimensions du construit de la santé apparaissent comme un résultat concordant entre les disciplines, une sorte d'accord tacite, voir l'objet d'un consensus dans les discours scientifiques sur la santé dans le sens où elles ne sont pas remises en question. C'est bien un savoir commun qui se crée sur la santé caractérisée par des dimensions que l'on pourrait qualifier de transdisciplinaires.

Aussi lorsqu'on parle de santé dans le présent travail, c'est toujours en référence à un construit multidimensionnel plutôt qu'à un fait. C'est pourquoi la question de la conformité du corps théorique économique à la réalité de la santé devient dans notre travail une question de conformité à un consensus scientifique sur le construit de la santé

4.4.1. Le réalisme des hypothèses dans la logique économique

La pratique économique ne comprend pas toujours une forte préoccupation vis-à-vis de la concordance de « l'appareil » conceptuel à la réalité (Hausman, 1992). « Ainsi va l'Économique clopin-clopant, un pied dans les hypothèses non vérifiées et l'autre dans les slogans invérifiables » (Robinson, 1967 p.45). La question du réalisme des hypothèses est l'une des grandes controverses méthodologiques actuelles de l'Économique. En effet, non seulement le choix des hypothèses de travail montre qu'il est fait abstraction d'une partie de la réalité notamment par l'utilisation de la clause ceteris paribus mais les hypothèses posées peuvent être fausses (Mingat et coll., 1985).

Le manque de réalisme des hypothèses ou plutôt leur très haut niveau d'abstraction a cependant certains avantages (Mouchot, 1996). D'une part, il permet une généralisation des résultats car il n'est pas possible de généraliser ceux-ci si les hypothèses sont trop précises et correspondent à des cas particuliers de la réalité. D'autre part il a permis de grandes avancées scientifiques. Il faut ici mentionner que des hypothèses abstraites et simples permettent des analyses à des niveaux supérieurs de complexité que celui qui est immédiatement perçu par tous : elles permettent notamment de travailler sur l'interaction entre des relations de phénomènes (Mingat et coll, 1985). Ainsi la vision mécaniciste de l'Économique a permis la production de modèles très abstraits comme la théorie de l'équilibre général qui ont mis en évidence certains aspects de l'interdépendance sociale (Sen, 1987). Enfin, certains chercheurs à la suite de Milton Friedman (1953) ont favorisé l'objectif de prévision des phénomènes à leur compréhension : une théorie était une bonne théorie si elles permettaient de bonnes prédictions même si ses hypothèses semblaient peu réalistes, cette capacité de prédiction se révélant le seul test possible d'une théorie (Blaug, 1994, Mingat et coll, 1985).

Dans l'approche dominante en économie de la santé qui est aussi la plus développée, l'économie des soins, il y a eu véritablement un échange d'influence entre la santé et l'Économique. Certaines caractéristiques de la santé ont été intégrées dans des concepts économiques et les ont modifié vers plus de réalisme et, à l'inverse, certaines caractéristiques de l'Économique se sont imposées à la représentation de la santé qui en est faite. Evans (1984) distingue trois caractéristiques inhérentes à la nature des soins, l'incertitude, les externalités et l'asymétrie d'information que nous avons définies plus haut. Toutefois, à l'inverse de ces concepts, des façons de penser qui sont spécifiques à l'Économique modèlent la santé et peuvent aller jusqu'à lui donner une nature. C'est ainsi que l'on pose souvent la santé objectivable, mesurable, univoque et agrégeable pour qu'elle se comporte comme une variable économique. On représente également les relations entre les soins, l'état de santé et l'utilité comme des fonctions de production en chaîne comme nous l'avons montré dans le chapitre précédent. En assimilant la santé à un bien économique il devient possible d'établir la

fonction de production qui permet de trouver la combinaison optimale entre les soins et les autres déterminants de la santé considérés comme substituables entre eux. L'Économique utilise donc une lunette particulière pour lire le phénomène de la santé, souvent produisant une distorsion ou une simplification de la réalité.

Mais les modèles économiques identifient certaines variables, certaines relations qui peuvent guider une réflexion sur la réalité. Ainsi, on sait que sous certaines conditions, tel phénomène prévaut et que si les conditions ne sont pas remplies, le phénomène à l'étude peut ne pas prévaloir. Par exemple, si l'on retient certaines caractéristiques de la santé comme l'incertitude, un marché des soins de concurrence parfaite est impossible. Ainsi Arrow (1963), en partant d'hypothèses plus réalistes sur la santé montre qu'il est nécessaire que l'organisation du système de soins tienne compte des particularités de la santé notamment par des barrières à l'entrée pour les professionnels, des organisations de « production » de soins à but non-lucratif, etc.

.

4.4.2. l'exemple de la conception de la personne

Il s'agit maintenant de réorienter cette discussion dans le sens du « réalisme » adopté dans notre travail et de discuter l'Économique à la lumière de ce construit multidimensionnel de la santé que nous avons mis en avant à partir des discours scientifiques tenus sur la santé. Nous prendrons l'exemple de la conception de la personne, si importante lorsqu'on parle de la santé, cette santé qui n'est pas seulement un avoir de la personne mais son être tout entier. La conception de la personne a toujours été très pauvre dans l'Économique, abondamment discutée dans les ouvrages de méthodologie économique, notamment pour ce qui a trait à la rationalité, et sa conception économique parfois fortement décriée (Sen, 1977).

Qui détermine qui ?

Reconnaître simultanément l'adaptation et l'autonomie comme caractéristiques de la santé (une personne en santé est une personne adaptée et autonome vis à vis de son

environnement) impose, dans une même analyse, holisme (ou encore structuralisme) et individualisme méthodologique. D'abord le point de vue de l'adaptation de l'individu à son environnement s'inscrit dans l'approche holistique selon laquelle la société, l'environnement de façon générale, détermine l'individu. Mais on a également appliqué le concept d'autonomie à la santé : l'individu se donne ses propres lois et par là les impose à la société. Cette logique s'inscrit dans une démarche gouvernée par l'individualisme méthodologique où c'est bien l'individu qui détermine l'environnement. L'existence de ces deux logiques dans une théorie est parfois interprétée comme une indétermination qui conduit à l'obligation de choisir l'une de ces deux alternatives méthodologiques (Mouchot, 1996). Mais d'autres chercheurs comme Bourdieu (Bourdieu et Wacquant, 1992) insistent sur la nécessité de considérer simultanément ces deux approches. Il s'agit de l'enjeu fondamental à relever pour comprendre les phénomènes sociaux.

Ce choix est implicitement fait par l'économiste à partir de la théorie qu'il utilisera d'une économie de la santé reposant traditionnellement sur l'individualisme méthodologique. Il se dégage alors une image quelque peu déséquilibrée d'un individu qui détermine et n'est pas déterminé, un individu qui contrôle tout mais qui ne subit aucune influence qui serait néfaste à sa santé. Mais pourrait-on même parler de santé puisque l'individualisme méthodologique offre une vision partielle de celle-ci ? C'est en quelque sorte un super homme que l'Économique semble alors nous proposer, un individu apte à fonctionner sur n'importe quel marché. Est-il raisonnable de fonder des politiques économiques et en particulier des politiques sociales en partant de l'hypothèse que tous les individus sont dotés de ces super capacités ?

La rationalité

Définir la rationalité est une tâche complexe. Les définitions dominantes en économie semblent celles où la rationalité est entendue comme 1) la poursuite de l'intérêt personnel, 2) la cohérence des préférences. Cette rationalité est-elle adéquate lorsqu'on parle de la santé ?

La rationalité fondée sur l'intérêt personnel a toujours été difficilement envisageable dans le secteur des soins et ce depuis l'article d'Arrow (1963) qui constate la volonté d'une action collective contre la maladie pas seulement pour des questions de contrôle des contagions qui peut répondre encore ici à la poursuite de l'intérêt personnel mais aussi pour une raison de bienveillance face à la souffrance des autres. La rationalité du consommateur des soins s'accorde également mal à la rationalité économique tant au niveau de la recherche que de l'utilisation de l'information sur la maladie et les traitements et de la décision qui en découle (Rice, 1998). De même, il n'est pas certain que l'individu se considère le plus compétent pour juger son bien-être, qu'il soit effectivement le plus compétent et qu'il veuille bien faire le jugement approprié (Mooney, 1986). Des problèmes de rationalité se posent également par rapport à la santé. Celle-ci est un élément cher à nos vies au point d'être considérée comme une valeur universelle. Et pourtant la santé n'est pas toujours un but personnel quand on considère les comportements individuels adoptés qui sont néfastes à la santé.

Mais la santé étant multidimensionnelle, nous avons alors affaire à une rationalité multiple et complexe où par exemple le choix d'un équilibre à long terme entre l'individu et l'environnement peut être en concurrence avec d'autres objectifs comme celui de plaisir immédiat. D'autre part, la santé est une force et un sentiment de force et l'état de bonne santé se caractérise par une prise de risque de la part de l'individu dans ses actes, des risques qui sont tout à la fois une menace pour sa santé et une manifestation de sa santé (Canguilhem, 1966 ; Dubos, 1961). De plus, il reste difficile d'incorporer cet élément qui se rapproche d'une « rationalité biologique ». Aussi peut-on conclure que la rationalité économique s'adapte mal à des considérations de santé et de maladie qui sont fondamentalement multidimensionnelles et la retenir mène à des propositions théoriques irréalistes.

L'individu moyen

Il demeure encore un autre grand contraste entre la vision de la personne dans l'Économique et ce que nous enseigne la santé. En effet, l'Économique travaille à un niveau d'abstraction considérable sur l'essence d'un individu moyen. Même caractéristiques personnelles, même forme de rationalité pour chaque individu ; des individus alors seulement distincts par certaines caractéristiques que l'Économique est en mesure de saisir comme le revenu et dont elle analyse les effets sur la répartition optimale des ressources.

Or la santé est toute autre et sans doute l'un des principaux concepts où l'unicité et l'identité sont au cœur de la personne. Dans le modèle des déterminants de la santé, se conjuguent des éléments constitutifs de cette identité et cette unicité comme le patrimoine génétique de la personne, des environnements social et physique particulier à chaque individu, des évènements qui peuvent survenir dans la vie d'une personne. Tous ces éléments se conjuguent d'une manière particulière pour d'une part imposer un contexte particulier à la personne auquel elle doit s'adapter et, d'autre part, influencer la personne dès son plus jeune âge dans sa constitution biologique et psychosociale de telle sorte que chaque personne aura une réponse biologique et comportementale bien à elle à chaque situation contextuelle. Si l'on reprend l'analyse de Canguilhem (1966) de la santé à partir de la notion de norme, ce processus d'adaptation entre un individu et son environnement doit être interprété dans un double mouvement. D'une part, il y a une normalité lorsque l'individu s'adapte à son environnement en répondant aux normes qui celui-ci lui impose. D'autre part, il y a aussi une normativité lorsque l'individu impose des normes à son environnement. Ces normes sont changeantes et adaptables selon les personnes, leur environnement et leurs interactions, et définissent par là une santé toute relative et fondamentalement individuelle (Canguilhem, 1966). Enfin, la différence qualitative entre la santé et la maladie chère à Canguilhem souligne encore avec plus de force les différences qui peuvent exister entre les individus bien-portants et malades mais également pour un même individu, son être est différent lorsqu'il est malade ou bien-portant. En effet, la

maladie n'est pas de même nature que l'état physiologique. La pathologie correspond à un nouvel équilibre entre l'individu et son environnement, mais un état où l'individu ne peut plus instituer de nouvelles normes de vie.

4.4.3. Vers plus de réalisme

Si l'on adopte le point de vue de cette thèse d'une théorie économique conforme, à tout le moins qui cherche à se rapprocher de ce savoir commun, transdisciplinaire sur la santé, on ne peut plus prétendre à une logique popperienne de falsificationnisme puisque la confrontation aux faits sur laquelle elle repose devient une confrontation à un discours scientifique multidisciplinaire sur la santé. Il s'agit plutôt ici d'intégrer des connaissances d'autres disciplines, de complexifier le discours économique sur la santé pour tendre vers la complexité de la réalité. La santé se révèle un concept extrêmement difficile à saisir pour l'Économique compte tenu de sa tradition théorique et méthodologique. L'espace personnel de la santé qui est un espace normatif se révèle ainsi un espace d'identité et de liberté, structuré par l'environnement mais aussi structurant, qui demeure difficilement accessible à l'Economique.

Dès lors, lorsque l'économiste choisit le niveau de réalisme de ses hypothèses sur la santé, il choisit en même temps, une certaine vision de la science, une certaine capacité d'innovation en modifiant les hypothèses de modèles économiques établis ainsi que certains risques de mauvaise utilisation de ses modèles dans l'élaboration de politiques économiques. Mais on évalue également toute la liberté prise par l'Économique vis-à-vis du réalisme des hypothèses. Jusqu'à quel point alors peut-on demander des hypothèses plus réalistes, plus multidisciplinaires, sans que cela ne soit en même temps un profond changement de la méthodologie de l'Économique ?

4.5. Conclusion

Nous avons montré que 4 grands types de choix de pratiques sont faits à l'étape du raisonnement économique où l'outil théorique et l'objet d'étude, dans notre cas la santé, sont articulés. Ces choix sont : 1) le choix entre plusieurs conceptions de la santé, 2) le choix éthique, 3) le choix entre une orthodoxie économique et une certaine multidisciplinarité, et 4) le choix du réalisme des hypothèses.

Il est alors possible de dégager de ces choix de pratique des profils de pratique correspondant à des configurations particulières de ces choix. La variété de ces profils s'étend dans un intervalle limité par deux configurations que l'on pourrait qualifier d'extrêmes. D'une part, on a un économiste qui choisit l'orthodoxie économique, qui ne favorise pas le réalisme, qui utilise une conception à priori de la santé et qui exclut l'éthique de sa pratique. D'autre part, on a un économiste qui privilégie la multidisciplinarité, le réalisme qui fait un choix éclairé d'une conception particulière de la santé et d'une éthique particulière.

Alors que la multidisciplinarité encourage l'économiste vers la diversité (plusieurs conceptions de la santé et plusieurs approches éthiques possibles), l'orthodoxie économique peut reconnaître un ou plusieurs de ces choix comme elle peut les refuser. Ces choix sont non seulement inhérents à la personnalité du chercheur et à son parcours professionnel, par exemple l'enseignement économique qu'il a reçu, mais dépendent également du milieu dans lequel il évolue, notamment son milieu professionnel et la culture de son pays. De plus, selon les choix que l'économiste fera, il publiera ses travaux dans des revues scientifiques différentes. Ces revues ont alors le rôle de baliser des « frontières » de pratique. Ainsi, l'orthodoxie économique favorise la publication dans des revues économiques et économétriques, par exemple Journal of Health Economics. La multidisciplinarité favorise des revues qui privilégient cette mise en commun des disciplines comme Journal of Socio-Economics ou des revues propres au domaine de la santé, par exemple Heath Policy. Mais alors on sort du domaine économique balisé par les revues.

On met alors à jour une zone grise de l'Économique où des hypothèses et des méthodes nouvelles sont adoptées ou rejetées et où la frontière entre l'Économique et les autres disciplines est moins nette. Dès lors, cette zone qui peut également être considérée comme une zone « d'expérimentation » produira-t-elle des avancées significatives de l'Économique dans le futur ?

CONCLUSION

L'Économique face à la santé...un face à face où l'Économique et la santé se mêlent et s'entremêlent dans cette étape du raisonnement économique où l'économiste va tenter d'intégrer le concept de santé au corps théorique en essayant de rendre conciliables les hypothèses sur lesquelles santé et Économique reposent. Mais on découvre une santé qui s'avère un « véhicule » extraordinaire pour parcourir l'Économique parce qu'elle fait référence à des dimensions fondamentales de l'existence.

La santé demeure avant tout un construit et, comme objet multidisciplinaire, elle place l'économiste face à sa pratique. Il construira lui-même la santé en choisissant ses hypothèses de travail issues ou non de savoirs d'autres disciplines. Cette démarche suppose que le corps théorique de l'Économique ne soit pas seulement un outil d'analyse qui se suffit à lui-même dans son application à un domaine donné mais comme un ensemble de connaissances qui se reconstruit sans cesse et qui s'adapte à ce qu'il doit étudier. On a vu l'Économique retenir certaines dimensions de la santé comme l'incertitude, les externalités et l'asymétrie d'information mais l'Économique a aussi imposé une vision de la santé basée sur les notions économiques de fonctions de production et de variables économiques.

C'est ainsi que nous avons mis en évidence des choix de pratiques à cette étape du raisonnement économique où la théorie économique et la santé s'interpénètrent et notamment le choix d'une conception de la santé et un choix éthique car, en définissant la santé, l'économiste définit aussi un critère particulier d'allocation des ressources, il choisit dans quelle mesure la santé sera une fin prioritaire pour la personne et la société. Mais il fait aussi des choix méthodologiques pour parler de la santé comme celui d'un certain niveau de réalisme de ses hypothèses de travail. D'une façon plus large, l'économiste choisit entre l'orthodoxie économique qui fournira à elle seule la grille de lecture de la santé ou une certaine multidisciplinarité

qui impliquerait d'adapter les concepts économiques à des connaissances multidisciplinaires sur la santé voir même adopter une autre méthodologie économique.

Ces choix de pratique demandent donc une attitude réflexive de l'économiste sur son travail. Il doit avoir conscience de la marge de manœuvre dont il dispose sur sa pratique. Souvent il fait des choix implicites en optant par exemple spontanément pour sa conception personnelle de la santé ou en adoptant les pratiques véhiculées par une théorie, une école de pensée ou une méthodologie économique. Ces choix devraient être explicités dans les travaux économiques pour faciliter la compréhension des modèles et des phénomènes qu'ils cherchent à saisir et permettre notamment une meilleure utilisation des ces modèles dans l'élaboration des politiques économiques. C'est pourquoi l'Économique demeure une activité humaine qui étudie l'activité humaine et, en cela, elle ne doit pas masquer ou omettre son humanité.

Mais l'Économique a-t-elle les concepts qui le lui permettent ? En cherchant l'essence de certaines notions pour en faire ses hypothèses de travail, pensons à la rationalité, elle a souvent trouvé une simplification se révélant parfois excessive pour les participants au monde que nous sommes tous. Une Économique plus humaine demande donc un plus grand intérêt porté à l'objet à l'étude et vraisemblablement d'autres méthodes de recherche. Elle demande aussi une attention portée aux autres sciences humaines qui par bleur contenu et par leur différence génèrent des connaissances sur ce que l'Économique étudie.

Pour l'heure, l'économie de la santé a eu tendance à se spécialiser dans l'économie des soins en définissant la santé comme une absence de maladie. Elle a fait preuve de prudence quant à l'extension de son champ d'analyse et de son champ théorique où la théorie néoclassique est dominante. Elle a montré une certaine souplesse en s'adaptant aux trois représentations sociales de la santé identifiées par Herzlich (1969). Mais cette adaptation est involontaire car il n'y a jamais eu de tentative pour

élaborer un ensemble de théories qui reposerait chacune sur une conception spécifique de la santé.

Dès lors, étudier le discours de l'Économique sur la santé révèle des choix et des profils de pratiques de cette discipline et nous montre cette zone grise de l'Économique où l'objet d'étude et un corps théorique s'adaptent l'un à l'autre avec de nouvelles hypothèses et méthodes posées, rejetées ou acceptées et une frontière avec d'autres disciplines qui devient flou. L'ultime choix de pratique est alors de se demander si l'Économique peut et veut faire l'économie de ces choix de pratique, elle qui se veut aussi la science des choix.

Bibliographie

Agazzi, E. (1979). Problèmes épistémologiques des sciences humaines ; In *Spécificité des sciences humaines en tant que sciences* (pp.39-65). Bruxelles : Office International de Librairie.

Arrow, K.J. (1963). Uncertainety and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review, 53* (5) : 941-973.

Bachelard, G. (1934-35). Idéalisme discursif. *Recherches Philosophiques* : 21-29.

Baird, P.A. (1994). The role of genetics in population health. In R.G. Evans, M.L. Barer, &T.R. Marmor (Eds.), *Why are some people healthy and others not ?* (pp.133-159). New York : Aldine De Gruyter.

Banque Mondiale (1993). *Investir dans la santé*. Washington DC : Banque Mondiale.

Beaud, M., & Dostaler, G. (1993). *La pensée économique depuis Keynes : historique et dictionnaires des principaux auteurs*. Paris : Seuil.

Blaug, M. (1981). *La Pensée économique*. 3rd ed. Paris : Economica.

Blaug, M. (1994). *La méthodologie économique*, 2nd ed. Paris : Economica.

Benoist. 1985

Bartoli, H. (1999). *Repenser le développement. En finir avec la pauvreté*. Paris: Editions Unesco et Economica.

Beauchemin, J., Bourque, G., &Duchastel, J. (1995). Du providentialisme au néolibéralisme : de Marsh à Axworthy. Un nouveau discours de légitimation de la régulation. *Les Cahiers de Recherche Sociologique, 24* : 15-46.

Bélanger, M. (1997). *Le droit international de la santé*, Que sais-je ? Paris : Presses Universitaires de France.

Bibeau, G., Contandriopoulos, A.-P., Gomez, M., Demers, A., Zunzunegui, M.V., &Vissandjée B., (Réseau sur les déterminants sociaux de la santé, REDET. Université de Montréal). (2001). *Cadre théorique pour les discussions du réseau.*

Bibeau, G. *Ni Dieu, ni bête. Bref essai sur la vie humaine et sur la santé.*

Bibeau, G. (2000). Vers une éthique créole. *Anthropologie et Sociétés*, 24 (2) :129-148.

Bocquet, C. (1989). Adaptation biologique. *Encyclopedia Universalis, 1* : 251-254.

Boismenu, G., &Noël, A (1995). La restructuration de la protection sociale en Amérique du Nord et en Europe. *Les Cahiers de Recherche Sociologique 24,* : 51-85.

Boudon, R., (1989). Adaptation sociale, *Encyclopedia Universalis, 1* : 257-258.

Bourdieu, P., &Wacquant, L., (1992). *Réponses : pour une anthropologie réflexive.* Paris : Seuil.

Bourque, G.,&Beauchemin, J. (1994). La société à valeur ajoutée ou la religion pragmatique. *Sociologie et Sociétés, 26* (2) : 33-56.

Butler, J.R.G. (1992). Welfare economics and cost-utility analysis. In P. Zweifel & H.E. Frech III (eds), *Health economics worldwide* (pp.143-157). Boston : Kluwer Academic Publishers.

Callahan, D. (1972). The WHO definition of health. *Hasting Center Studies 1* : 77-87.

Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique.* Paris : Presses Universitaires de France.

Canguilhem, G. (1990). *La santé : concept vulgaire et question philosophique.* Paris : Sables.

Canguilhem, G. (1992). *La connaissance de la vie.* Paris : J. Vrin.

Chabot, P. (2001). Communication personnelle.

(1991). *La Charte des Nations Unies,* Commentaire article par article sous la direction de J.P. Cot et A. Pellet, 2nd ed. Paris: Economica.

Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie (2001). *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral.* Rapport intérimaire vol 4 : Questions et options.

Contandriopoulos, A.P. (1999). *La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales. Ruptures 6* (2) : 174-191.

Contandriopoulos, AP, Champagne, F., Denis, J.L, Sicotte, C., Lemay, A., Arweiler, D., Fournier M-A., Reinharz, D., Trottier, L-H., &all. (1996). *Éléments financiers incitatifs/dissuasifs du système de santé au Canada.* R96-03, Montréal : GRIS – Université de Montréal.

Contandriopoulos, A.-P., de Pouvourville, G., Poullier, J.-P.,&Contandriopoulos D., (2000). A la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé au XXe siècle, In M.-P. Pomey., J.-P. Poullier,&B. Lejeune (Eds.), *Santé publique – Etat des lieux, enjeux et perspectives* (pp.637-667). Paris : Editions Ellipses.

Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., &Dubois C.-A. (2000). *La place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins.* Département d'administration de la santé et Groupe de Recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montréal.

Culyer, A.J. (1971). The Nature of the commodity « health care » and its efficient allocation. *Oxford Economic Papers 23* : 189-211.

Culyer, A.J. (1981). Health, economics, and health economics. In *Health, economics and health economics* : proceedings of the World Congress on Health Economics, Leiden, the Netherlands, september 1980. J. Van Der Gaag and M. Perlman eds. (pp.3-11). Amsterdam : North Holland Pub. Co.

Culyer, A.J. (ed). (1991). *The economics of health.* Brookfiel : Edward Elgar Publishing Ltd.

Culyer, A.J., & Newhouse, J.P. (2000). Introduction : the state and scope of health economics. In *Handbook of health economics.* A.J. Culyer et J.P. Newhouse eds (pp.1-8). Amsterdam : Elsevier.

Darbon, S., &Letourmy, A. (1983). La micro-économie des soins médicaux doit-elle nécessairement être d'inspiration néo-classique ? *Sciences Sociales et Santé 2* : 31-77.

Daffon, B., Weber, L., (1984). *Le financement du secteur public.* Paris : Presses Universitaires de France.

Deber, R. (2000). *Getting what we pay for : Myths and realities about financing Canada's health care system,* A background paper prepared for the Dialogue on Health Reform, April 11, 2000.

(1998). *La Déclaration Universelle des droits de l'homme.* Textes rassemblés par M. Bettati, O. Duhamel, &L. Greilsamer, pour Le Monde. Paris: Gallimard.

D'Houtaud, A., Field, M., &Guéguen, R. (Eds.), (1989). *Les représentations de la santé. Bilan actuel, nouveaux développements.* Paris : Les Editions Inserm.

Drummond, M.F., O'Brien, B.J., Stoddart, G.L., &Torrance, G.W. (1998). *Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé.* Paris : Economica.

Dubos, R.(1961). *Le mirage de la santé.* Paris: Delanoel.

R. Ducharme (1966). *L'avalée des avalés.* Paris : Gallimard.

Dufresne, J. (1985), La santé, **In** J. Dufresne, F. Dumont, &Y. Martin (Eds.), *Traité d'anthropologie médical : l'institution de la santé et de la maladie* (pp.985-1013). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Dupuy, J-P. (1994). A quoi sert la science économique ? *La lettre de l'AFSE, 23*

Dury, M. (2000). Communication personnelle.

Elster, J. (1992). *Local justice. How institutions allocate scarce goods and necessity burdens.* New York : Russel Sage Foundation.

Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism.* Cambridge : Polity Press.

Evans, R.G. (1997). Going for the gold : the redistributive agenda behind market-based health care reform. *Journal of Health Politics, Policy and Law, 22* (2) : 427-465.

Evans, R.G. (1994). Introduction. In R.G. Evans, M.L. Barer, &T.R. Marmor (Eds.), *Why are some people healthy and others not ?* (pp.3-26). New York : Aldine De Gruyter.

Evans, R.G., Hodge M., &Pless I.I., (1994). If not genetics, then what ? Biological pathways and population health. In R.G. Evans, M.L. Barer, &T.R. Marmor (Eds.), *Why are some people healthy and others not ?* (pp161-188). New York : Aldine De Gruyter.

Evans, R.G., & Stoddart, G.L. (1994). Producing health, consuming health care. In R.G. Evans, M.L. Barer, &T.R. Marmor (Eds.), *Why are some people healthy and others not ?* (pp.27-64). New York : Aldine De Gruyter.

Evans, R.G., Barer, M.L., &Stoddart, G.L., (1993). The truth about user fees. *Options Politiques 14* (8) : 4-9.

Evans, R.G. (1984). *Strained mercy. The economics of canadian health care.* Toronto : Butterworths.

Ewald, F. (1996). *L'Etat Providence*. Paris : Grasset.

Ewald, F. (1993). Le bio-pouvoir. *Magazine Littéraire, 218* : 42-43.

Fassin, D. (2000). Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre. *Ruptures 7* (1) : 58-78.

Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé*. Paris : Presses Universitaires de France.

Forum national sur la santé. (1997) *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*. Vol 2 : Rapports de synthèse et documents de référence. Ottawa : Forum national sur la santé.

Feldstein, P.J. (1988). *Healthcare Economics*. 3rd ed. New York : Wiley & Sons.

Folscheid, D., &Wunenburger, J-J. (1997). La gestion des corps. In D. Folscheid, B. Feuillet Le Mintier, &F. Mattei (Eds), *Philosophie, éthique et droit de la médecine*. Paris : PUF.

de Forges, J-M (1986). *Le droit de la santé*. Que sais-je ? Paris : PUF.

Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir. Histoire de la sexualité 1*. Paris : Gallimard.

Friedman, M. (1953). *Essays in positive economics*. Chicago : University of chicago Press.

Fritz, J.C. (1999). Accompagnement social et promotion de la santé. *Conférence de l'ADEPS et du Club International de Pédiatrie Sociale sur la Promotion de la Santé et Accompagnement Parental,* La Bussière sur Ouche.

Fuchs, V. (1972). The contribution of health services to the american economy. In V. Fuchs (Ed.), *Essays in the economics of health and medical care* (pp3-38). New York : National Bureau of Economic Research.

Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy 30* (2) : 223-255.

Grossman, M. (1982). The demand for health after a decade. *Journal of Health Economics 1* :1-3.

Grossman M. (2000). The human capital model. In *Handbook of health economics*. A.J. Culyer et J.P. Newhouse eds (pp.347-408). Amsterdam : Elsevier.

Gray, G. (1998). Acces to medical care under strain : new pressures in Canada and Australia. *Journal of Health Politics, Policy and Law 23* (6) : 905-947.

Hausman, D. (1992). *The inexact and separate science of economics.* Cambridge : Cambridge University Press.

Hertzman, C., Frank, J., & Evans, R.G. (1994). Heterogeneities in health status and the determinants of population health. In R.G. Evans, M.L. Barer, &T.R. Marmor (Eds.), *Why are some people healthy and others not ?* (pp.7-92). New York: Aldine De Gruyter.

Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie.* Paris : Mouton & Co.

Hibbard, J.H., & Weeks, E.C. (1989). The dissemination of physician fee information : impact on consumer knowledge. *Health Care Financing Review 18* (1) : 95-109.

Hibbard, J.H., &.Weeks, E.C. (1989). Does the dissemination for comparative data on physician fees affect consumer use of services. *Journal of Health and Social Policy 1* (1) : 75-87.

Hirschman, A.O. (1984). *L'économie comme science morale et politique.* Paris : Gallimard, Le Seuil.

Institut Canadien d'Information sur la Santé (2001). site web : www.cihi.ca.

Kolm, S.C. (1986). *Philosophie de l'Economie.* Paris : Seuil.

Le Blanc, G. (1998). *Canguilhem et les normes.* Paris : Presses Universitaires de France.

Leriche, R. (1936). Introduction générale ; De la santé à la maladie ; La douleur dans les maladies ; Où va la médecine ? *Encyclopédie française 6.*

Lupton, D. (1995). *The imperative of health. Public health and the regulated body.* London : Sage.

Marmot, M.G., &Theorell, T., (1988). Social class and cardiovascular disease : the contribution of work, *International Journal of Health Services18* : 659-74

McGuire, A., Henderson, J., & Mooney, G. (1988). *The economics of health care.* New York : Routledge& Kegan Paul Ltd.

Mingat, A., Salmon, P., &Wolfelsperger, A. (1985). *Méthodologie économique.* Paris : Presses Universitaires de France.

Mooney, G. (1986). *Economics, medicine and health care.* New Jersey : Humanities Press international.

Morone, J.A., &Goggin, J.M. (1995). Health policies in Europe : Welfare states in a market era. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 20 (3) : 557-569.

Mouchot, A. (1996). *Méthodologie économique.* Paris : Hachette.

Mushkin, S.M. (1962). Health as an investment. *Journal of Political Economy 70* (5) : 129-157.

Muurinen, J.M. (1982). Demand for health. A generalized Grossman model. *Journal of Health Economics 1* : -28

Novaes, S. (1991). *Biomédecine et devenir de la personne*. Paris : Seuil.

Nusbaum, M., & Sen, A.K. (Eds.) (1993). *The quality of life*. New York : Clarendon Press,

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2001). *Macroeconomics and health : Investing in health for economic development.* Geneva : World Health Organization.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2001). *« Channelling the outrage » campaign to fight tobacco use worldwide.* Project Review Form.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant.* Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1995). *Rapport sur la santé dans le monde 1995. Réduire les écarts*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé

Organisation Mondiale de la santé (OMS) (1989). *Politique de la recherche en vue de la santé pour tous*. Série européenne de la santé pour tous n.2. Copenhague: OMS Bureau Régional de l'Europe.

Organisation Mondiale de la santé (OMS) (1986). *Première Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé : La Carte d'Ottawa pour la Promotion de la santé.* Genève : Organisation Mondiale de la santé.

OMS-UNICEF (1978). *La Déclaration d'Alma Ata.*

Pauly, M. (1978). Is medical care different ? In *W.* Greenberg (Ed.), *Competition in the health sector : Past, present, and future.* Germantown : Aspen Systems corporation.

Pauly, M. (1988). Is Medical care different ? Old questions, new answers. In W. Greenberg (Ed.), *Competition in the health sector : Ten years later*. (pp. 5-15). Durham : Duke University Press.

Phelps, C.H. (1992). *Health Economics*. New York : Harper Collins.

Pouvourville, G. de, Contandriopoulos, A-P (2000). Les économistes et la santé : questions de recherche et enjeux pour demain. *Médecine/Sciences* 16 : 1172-85

Pouvourville, G. de, Contandriopoulos, A-P (2000). Économie de la santé : introduction aux principaux concepts. *Médecine/Sciences* 16 : 1236-40.

Programme des Nations Unies pour le Développement (2000). *Rapport mondial sur le développement humain. Les droits de l'homme et le développement humain.* Paris: De Boeck Université.

Renard, G. (1996). *L'épistémologie chez G. Canguilhem*. Paris : Nathan.

Rice, T. (1998). *The economics of health reconsidered*. Chicago : Health administration Press.

Robbins, L. (1935). *An essay on the nature and significance of economic science.* London : McMillan.

Robert, J.D. (1979). Problématique actuelle de la « scientificité » propre aux « sciences » de l'homme. In *Spécificité des sciences humaines en tant que sciences.* Bruxelles : Office International de Librairie.

Robin, R. (2001). *Berlin chantiers*. Paris : Stock.

Robinson, J. (1967). *Philosophie Economique*. Paris : Gallimard.

Rosanvallon, P. (1984). *La crise de l'Etat-Providence.* Paris : Seuil.

Santé-Canada (2001). site web : www.hc-sc.ca.

Science et Avenir (1991). *Dossier : Le cerveau au service du corps Mai* : 55-69.

Seedhouse, D. (1986). *Health : the foundations for achievement.* New York : Wiley.

Sen, A.K. (1977). Rational fools : a critique of the behavioural foundations of economic theory. *Philosophy and Public Affairs 6* : 317-344.

Sen, A.K. (1987). *On ethics and economics.* Oxford : Blackwell.

Sen, A.K. (1992). *Inequality reexamined.* Cambridge, Mass : Harvard University Press.

Sfez, L. (1995). *La santé parfaite.* Paris : Seuil.

Stiglitz, J.E (1999). *Economics of the public sector.* 3rd ed. New York :W.W. Norton & Company.

Valabrega, J.P. (1962). *La relation thérapeutique. Malade et médecin.* Paris : Flammarion.

Varela, F.J. (1989). *Autonomie et connaissance: essai sur le vivant.* Paris: Seuil.

Walliser, B. (1994). *L'intelligence de l'économie.* Paris : Editions Odile Jacob.

Wenders, W. (1987). *Les ailes du désir (Der Himmel über Berlin).* Argos Films et Road Movies ; réalisation, Wim Wenders ; scénario, Wim Wenders et Peter Handke : Alliance Atlantic Viva Film.

Williams, A. (1978). Need – an economic exegesis. In A.J. Culyer, & K.G. Knight (Eds.) *Economic Aspects of Health Services* (pp. 32-45). London : Martin Robertson.

Williams, A. (1981). Welfare economics and health status measurement. *In Health, Economics and Health Economics.* Van der Graag,&J.M. Perlman M. (Eds.). North Holland Publishing Company. 271-281.

Annexe 1 : présentation des manuels

Le chapitre 3 de cette thèse *Le miroir économique de la santé* a été écrit à partir d'une lecture transversale de manuels d'économie de la santé qui ont été publiés après 1970. Ce sont ces manuels que nous présentons ici.

Bonamour, P., & Guyot, F. (1978). *Économie médicale*. Paris : Editions médicales et universitaires.

Il s'agit ici d'un manuel français publié en 1978. Les auteurs ont choisi la perspective économique du circuit plus que celle de l'offre et la demande de la microéconomie. Ils travaillent à partir de la comptabilité nationale et des notions de systèmes économique et de système de santé appliqué au cas français. Après avoir défini ces notions, ils examinent l'organisation des professions médicales, du système hospitalier et du médicament, la consommation médicale et la Sécurité Sociale. Ils choisissent de travailler sur les soins plutôt que la santé car cette seconde perspective leur paraît trop ambitieuse.

Cullis, J.C., & West P.A. (1979). *The economics of health*. Oxford : Martin Robertson.

Ce manuel anglais a été publié en 1979. Il fait un développement sur la santé avant de passer à l'économie des soins. Il développe cinq grands points :

- introduction : health, doctors and health care resources / health care as an economic good, health care and market intervention
- health care demand issues
- health care supply issues
- making the best use of health care resources
- health care policy problems

Il faut remarquer que comme les autres ouvrages anglais et à la différence des ouvrages américains, la notion de marché n'est pas un élément structurant de son analyse.

Culyer, A.J. ed. *The economics of health*. Hants : Edward Elgar Publishing Limited. 1991.
Culyer, A.J., Newhouse, J.P. (eds) (2000). *Handbook of health economics*. Amsterdam : Elsevier. 2000

Il s'agit de deux ouvrages collectifs qui sont construits à partir du même découpage du champ de l'économie de la santé :

- what is heath and what is its value ?
- what influences health (other than health care)
- the demand for health care
- the supply of health care
- market analysis
- microeconomic appraisal
- planning, budgeting and monitoring mechanisms
- evaluation at whole system level

Le premier regroupe des publications qui sont devenues des classiques de l'économie de la santé, le second regroupe des articles originaux d'auteurs de différents pays. Le second ouvrage montre un évolution vers une plus grande place accordée à la santé dans le discours en économie de la santé. Il range la littérature multidiscplinaire sur la santé dans le questionnement économique sur la santé. A côté des sujets classiques de l'économie de la santé, le second ouvrage consacre des parties spécifiques à la santé, aux habitudes de santé, à des populations particulières.

Evans, R.G. (1984). Strained Mercy. *The economics of Canadian health care*. Toronto. Butterworths.

Il s'agit d'un ouvrage canadien publié en 1984. Cet ouvrage peut être classé dans la droite ligne de l'article de Arrow de 1963 *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, tant du point de vue du contenu – une première partie est structurée selon les caractéristiques des soins retenues par Arrow – que dans la manière d'aborder et de parler de l'économie. Cet ouvrage se distingue par sa précision quasi chirurgicale à analyser les concepts économiques, leur adéquation au champ de la santé ainsi que leur utilisation. Cet ouvrage marie de façon très précise la démarche économique à la réalité du champ de la santé. Il se compose de 3 parties 1/ the utilization of health care, 2/ the provision of health care et 3/ the governance of health care. L'auteur développe une argumentation sur son choix de travailler sur l'économie des soins plutôt que sur l'économie de la santé.

Feldstein, P.J. (1979). *Health care economics*. NY : Wiley.

Ce manuel américain a été publié en 1979. Il s'inspire très fortement des concepts de la microéconomie générale dans ses raisonnements sans toutefois utiliser de formulation mathématique. Il s'agit d'un ouvrage sur l'économie des soins. Il n'explicite aucune définition de la santé; celle-ci est définie par défaut comme l'absence de maladie. Ce manuel aborde l'offre et la demande sur les marchés des services médicaux et de l'assurance, la production de santé, le prix des soins, ainsi que l'économie politique des soins (la législation) et le rôle du gouvernement dans la régulation de ces marchés.

Fuchs, V. ed. (1972). *Essays in the economics of health and medical care*. NY : Columbia University Press.

Il s'agit d'un ouvrage américain du début des années 70 qui, dans sa perspective des soins, accorde une attention à la santé. On y trouve notamment un shéma des déterminants de la santé et de leurs effets sur le système économique, via la santé. Cette *partie An economist's view of health and medical care* est écrit par V. Fuchs, les deux autres parties par d'autres auteurs. Ces parties portent sur l'offre et la demande de soins ainsi que sur les variations spatiales des taux de mortalité.

Getzen, T.E. (1997). *Health economics. Fundamentals and flow of funds*. NY :john Wiley & Sons.

Ce manuel américain a été publié en 1997. Il reprend les éléments classiques des manuels d'économie des soins comme l'offre et la demande de soins mais fait aussi une grande place à de nouveaux éléments importants de l'analyse des systèmes de santé comme l'industrie pharmaceutique, la marcoéconomie de la santé, l'évolution des soins dans la perspective de l'histoire économique, les notions de biens publiques et de santé publique, les comparaisons internationales de santé et des dépenses de santé. Il prend comme exemple le système de santé américain. Ce manuel se distingue par son écriture : les éléments théoriques sont immédiatement mobilisés dans un discours pratique, illustré par de nombreux exemples.

P. Jacob. The economics of health and medical care 2nd edition. Rockville : Aspen publishers. 1987.

Il s'agit de la seconde édition publiée en 1987 d'un manuel américain. L'auteur s'attache à définir la santé à partir de ses multiples dimensions afin de discuter de la mesure de l'output des soins. Il distingue l'économie descriptive, portant sur l'output

et les dimensions économiques du secteur des soins, d'une économie explicative relative à l'étude de l'offre, de la demande de soins ainsi que du marché des soins. Enfin, il développe ce qu'il nomme une économie évaluative qui comprend l'évaluation économique et la régulation du système notamment dans ses dimensions publique et/ou privée.

Levy, E., Bungener, M., Duménil, G. & Fagnani, F. (1975). *Économie du système de santé*, Paris : Dunod.

Cet ouvrage français a été publié en 1975. Le point central de son analyse est la santé individuelle et collective plutôt que la production et la distribution des services médicaux. Le raisonnement est mené à partir de la notion de système, à la différence de la plupart des autres manuels qui travaillent à partir de la notion de marché. Le système de santé est composé de trois sous-système, le circuit des états, les services de production sanitaire, les mécanismes de couverture. L'ouvrage s'articule autour de deux parties : la première, relative à l'état de santé, étudie l'état de santé, la morbidité et la mortalité (tant au niveau de leur conception, de leurs représentations sociales que de leurs indicateurs) et ainsi que les facteurs d'apparition et de développement des affections. La seconde partie traite de l'impact des institutions sanitaires et de leur mode de financement en étudiant dans un premier temps les services de santé et les mécanismes de couverture des dépenses et, dans un second temps, en explicitant la triple connection des malades, des services de santé et des organismes payeurs.

McGuire, A., Henderson, J. , Mooney, G. (1988). *The economics of health care*. New York : Routledge.

Ce manuel a été publié en 1988 en Grande Bretagne. Le manuel se concentre sur les soins et consacre un chapitre sur la santé et les soins. Il définit la santé et explique pourquoi le manuel ne traite que des soins. Dans cet ouvrage, il est accordé autant

d'importance à l'aspect économique de l'analyse qu'aux caractéristiques du domaine de la santé. Il réussit une symbiose entre les deux. Il couvre tous les champs de l'économie de la santé, l'offre, la demande et l'utilisation de soins, l'évaluation économique, le secteur hospitalier et l'organisation du système.

Newhouse, J.P.(1978). ***The economics of medical care.*** **Reading : Addison-Wesley.**

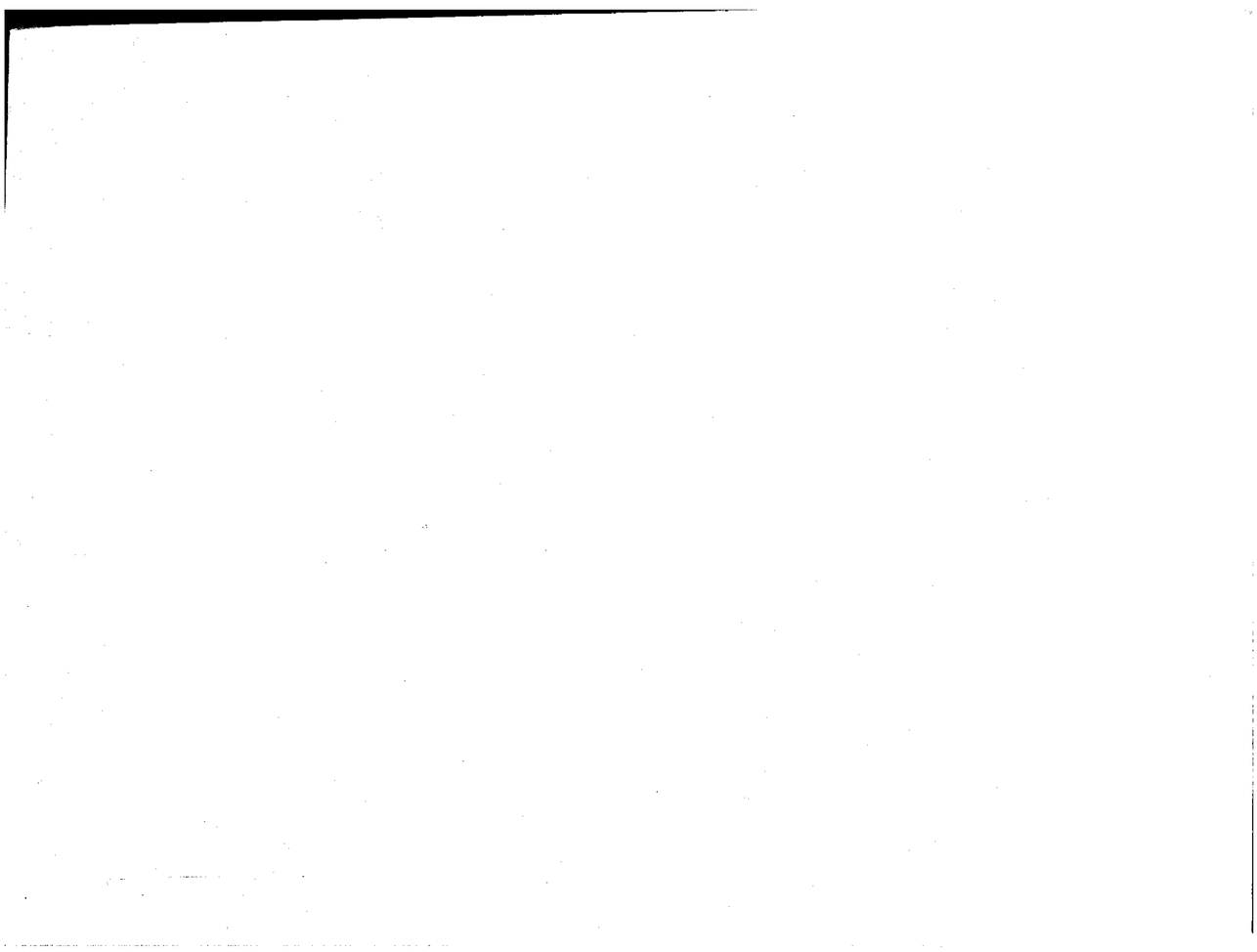
Ce manuel américain a été publié en 1978. Les connaissances sont développées et structurées à partir de concepts et de raisonnements économiques plutôt que sur des caractéristiques du champ de la santé. Il se compose de cinq parties :

- the demand for medical care services and the demand for health insurance
- physician supply
- the medical marketplace
- the output of the medical care delivery system,
- plan and market alternatives to the status quo : techniques for managing resource allocation in medical care.

Il n'y a pas de développement sur la santé entre la maximisation de l'utilité par l'individu et entre les soins, les autres déterminants de la santé et la morbidité/mortalité

Zweifel, P. & Frech III, H.E. (eds). (1992). ***Health economics worldwide.*** **Boston : Kluwer Academic Publishers.**

Ce manuel, édité par un chercheur suisse et un chercheur américain, est un ouvrage collectif qui regroupe des chercheurs de différents pays avec une prépondérance d'écrits américains. C'est pourquoi il est difficile de mettre en évidence quelle serait la position de ce manuel sur la santé et sa place dans l'analyse économique de la santé. L'ouvrage se compose de quatre parties :

- Issues in health insurance
- Criteria for allocating health care resources
- Administrative and market allocation in health care
- Health care in the political arena

Chaque partie regroupe des articles qui ont fait l'objet d'une communication au deuxième congrès international en économie de la santé et n'ont pas pour première vocation la pédagogie mais l'état des conaissances actuels sur différents points de l'économie de la santé.