



## Introduction au numéro spécial L'éthique médicale et l'économie : La valeur des valeurs

**By/Par** | **Philippe Batifoulier**

EconomiX, UMR CNRS 7234 ; Université Paris Ouest

Philippe.Batifoulier@u-paris10.fr

La santé possède une qualité fondamentale : elle détient l'influence la plus importante sur la qualité de vie. En conditionnant tout le reste, elle apparaît essentielle à une « bonne » vie et à l'exercice d'une liberté réelle. La santé est ainsi un moyen mais aussi une fin en soi. Elle constitue un fait social total au sens de Mauss (1989) car elle enchevêtre différentes dimensions, juridique, économique, sociologique, religieuse, pour réaliser, dans l'organisation du système de santé, le pacte social qui constitue une société.

La dimension économique de la santé a pris une importance considérable du fait du durcissement de la contrainte budgétaire et de l'accent mis sur la limitation des budgets publics. L'analyse économique accorde également une importance considérable aux inégalités : inégalités sociales et territoriales de santé et inégalités d'accès aux soins ou aux médicaments essentiels. Ces différents regards économiques sur la santé ne peuvent faire l'impasse sur l'importance des préoccupations éthiques dans la mesure où la primordiale de la santé oblige à reconnaître que les problèmes de justice (ou d'injustice) s'expriment avec une intensité particulière quand ils touchent la délivrance et la distribution des soins. En matière de santé, plus encore que dans d'autres domaines, il est difficile de s'affranchir de cette exigence éthique. C'est aussi l'une des raisons pour laquelle la rationalisation des choix budgétaires se heurte à l'importance des considérations d'équité qui conduisent parfois à reléguer la question des coûts au second plan. L'instauration de mécanismes de marché peut accrocher sur l'objectif de réduction des inégalités dans un domaine où la solidarité est considérée comme une valeur fondamentale. L'ancrage normatif de la santé explique également pourquoi l'interaction médecin-patient est animée par des codes éthiques et sociaux, des textes déontologiques, des normes morales, des logiques de don ou encore des valeurs sociales.

Cet encastrement normatif de la santé ne peut pas être sacrifié dès lors que l'on s'intéresse aux problèmes économiques de régulation des dépenses ou d'accès aux soins. Cette obligation éthique plaide pour une économie de la santé attachée à traiter les problèmes économiques sans occulter la question des valeurs.

Pour autant, l'économie de la santé dans son ensemble est restée en phase avec l'évolution de la discipline économique qui entend ne pas se « salir les mains avec la question des valeurs »<sup>1</sup>. L'insistance sur les comportements stratégiques et les problèmes d'asymétrie d'information, la valorisation d'une logique de type *homoeconomicus* derrière l'affichage de principes éthiques, la valorisation de la concurrence et du comportement entrepreneurial des médecins comme des patients, etc., ont réduit les valeurs à des problèmes d'efficacité. Les valeurs ne seraient au total que des déclinaisons particulières de la logique universelle du calcul utilitaire, celui qui est le rouage essentiel à un fonctionnement de marché. Insérées dans le langage de la théorie du choix rationnel, les valeurs ont été réduites à une expression particulière de l'intérêt instrumental et égoïste.

Si « l'économie moderne s'est trouvée considérablement appauvrie par la distance qui a éloigné l'économie de l'éthique » Sen (1993, p. 11), il en va particulièrement de l'économie de la santé standard qui nous livre un monde de la santé totalement dévasté : un médecin tricheur, un patient fraudeur, un Etat dominé par une bureaucratie parasitaire et qui doit s'en remettre aux mécanismes marchands, etc. En se privant d'une véritable analyse des valeurs pour ne pas se couper du cadre conceptuel dominant, elle s'est souvent éloignée de l'objet qu'elle entend étudier : la santé.

Le dénominateur commun des articles de ce numéro spécial est de souligner que les considérations éthiques ne sont pas secondaires et qu'il faut donner de la valeur aux valeurs pour saisir pleinement la complexité des questions d'économie et de politique de santé. L'analyse économique doit donc s'articuler avec une analyse éthique.

Cléa Sambuc en offre une illustration dans le cas exemplaire de la transplantation d'organe. Il s'agit d'un réel problème économique d'allocation de ressources rares du fait de la pénurie de greffons. Il s'agit aussi d'un problème éthique qui disqualifie la tentation (bien présente pourtant chez certains économistes) de traiter les greffons comme des biens négociables et transférables sur un marché où le prix d'équilibre offre et demande est censé régler la pénurie d'organes. L'article part d'un autre point de vue en mettant au premier plan les enjeux éthiques de la transplantation tout en cherchant à les articuler avec les questions d'efficacité. La transplantation d'organe relève alors d'une co-analyse éthique et économique.

Cette problématique est aussi celle de Philippe Batifoulier qui l'applique à la politique de demande en santé où le durcissement de la mise à contribution financière du patient au nom de l'efficacité impose de protéger certains soins ou certains patients des co-paiements infligés aux autres, au nom de l'équité. La constitution et la justification d'ordre de priorité (faut-il protéger les plus vieux, les plus pauvres, etc.) en appelle à des préférences éthiques et à la visée du bien commun. Or, les politiques de responsabilisation du patient n'ont pas seulement le défaut d'être assises sur des fondements théoriques et empiriques critiquables ; elles ont conduit à faire perdre aux individus tout sens d'un bien commun primant l'intérêt individuel.

---

<sup>1</sup> Pour reprendre les termes de Haussman et McPherson (1993), qui soulignent que si la « bonne personne » (au sens d'un « honnête homme ») se doit de prendre les préoccupations éthiques au sérieux, il en va tout autrement du « bon économiste ».

Christian Léonard étend ce cadre d'analyse en cherchant à articuler la solidarité avec la responsabilité individuelle alors qu'elles sont souvent opposées. Sa reconstruction du concept de responsabilité prend ses distances avec celui qui se manifeste par des co-paiements et qui relève de la privatisation implicite. En s'appuyant sur les théories de la justice sociale et tout particulièrement sur les notions de capacités chez A. Sen et M. Nussbaum, de dignité et de démocratie chez E. Anderson, l'auteur développe le concept de responsabilisation capacitante. Un tel concept évite les écueils de la méritocratie et va chercher dans la théorie du care un moyen de rendre les patients - citoyens responsables à l'égard d'eux-mêmes et des autres sans recourir à des incitants financiers qui sont réducteurs de la complexité humaine.

Les deux articles suivants portent sur le médecin et sur la façon d'appréhender les règles déontologiques qui l'animent avec le langage de l'économie. S'il est acquis, depuis Arrow (1963) que le médecin ne peut pas être assimilé à un entrepreneur qui maximise un profit, le statut à donner à l'éthique des médecins reste problématique. Mobilise-t-elle des valeurs qui sont étrangères à la logique de l'intérêt lucratif ? Dans ce cas, on peut raisonnablement parler d'une véritable éthique. Ou bien n'est-elle qu'une déclinaison particulière de l'intérêt instrumental comme le laisse entendre la notion d'altruisme médical où le médecin gagne en utilité à être soucieux du bien être de son patient ? Dans ce cas, le terme « éthique » semble usurpé.

Nicolas Da Silva revisite ce débat en mobilisant la théorie des motivations qui distingue les motivations intrinsèques (l'action a une valeur en soi) des motivations extrinsèques (l'action est motivée par la récompense ou la sanction). La théorie économique des incitations plaide pour le développement de récompenses financières pour inviter le médecin à prescrire des génériques, s'installer dans des zones désertifiées ou encore faire de la prévention. Que le médecin soit altruiste ou non ne change rien à cette recommandation car les motivations sont supposées complémentaires et l'altruisme médical relever de la même famille du calcul utilitaire. Or quand on prend au sérieux l'existence d'une éthique anti utilitariste, il en va tout autrement car les motivations extrinsèques peuvent évincer les motivations intrinsèques et rendre la politique incitative contre productive.

Philippe Abecassis et Jean Paul Domin entrent dans le débat sur le statut de l'éthique médicale par les pratiques tarifaires des médecins qui peuvent réaliser des actes gratuits et des actes chers sous forme de dépassements d'honoraires par exemple. L'analyse statistique à partir d'un questionnaire original montre que ces deux types de pratiques peuvent se croiser, ce qui conduit à définir différents régimes d'éthique. Le texte se focalise sur la coexistence d'actes gratuits et d'actes chers chez le même médecin et soutient que ces deux pratiques relèvent d'un même comportement de marchandisation. Il discute du rôle du système règlementaire de tarification des actes dans cette éthique libérale et des motivations médicales dans la construction du « juste prix ».

Les deux derniers articles de ce numéro spécial s'attèlent à un problème fondamental, celui du lien entre santé et développement. La question est particulièrement sensible dans les pays en développement où les stratégies commerciales des firmes pharmaceutiques posent des questions éthiques considérables en privant ceux qui en ont besoin d'accès aux médicaments essentiels. A l'inverse, l'aide à la santé pour les pays pauvres ambitionne de contribuer au développement et affiche ses objectifs éthiques.

Pourtant, comme le montre Bruno Boidin, si la mention de l'éthique est omniprésente, l'éthique de l'aide à la santé ne va pas de soi. Une première approche fait de cette aide un objectif de développement humain. La santé comme bien commun impose de considérer comme prioritaire l'atteinte par tous d'un seuil minimum de santé. L'approche par les biens publics mondiaux est une seconde approche à dominante économique. Elle conduit notamment à développer une approche sécuritaire de l'aide, perçue comme un moyen de protéger les pays riches des effets externes négatifs d'une propagation des maladies comme le VIH. L'article montre comment ces conceptions animent les dispositifs en place et nourrissent aussi les difficultés qu'ils connaissent.

Mamadou Barry prolonge cette analyse de l'aide au développement en rappelant que l'efficacité de l'aide se heurte à des problèmes stratégiques comme la potentialité de détournements de cette aide. Une solution est alors de donner uniquement à ceux qui en ont besoin, sous contrainte d'avoir des institutions de qualité (par exemple qui garantissent que l'aide ne sera pas détournée). Le problème de l'aide au développement est alors un problème de coordination et il suffirait de mieux coordonner les donateurs. L'article montre que cette coordination repose sur des « images politiques » c'est-à-dire sur des valeurs et orientations des acteurs ainsi que sur des représentations sociopolitiques. Une coordination efficace de l'aide ne peut échapper à une coordination des représentations de cette aide.

## **RÉFÉRENCES**

- Arrow, K. (1963). 'Uncertainty and the welfare economics of medical care'. *American Economic Review*, 53: 941-73.
- Hausman, D., McPerson, M. (1993). 'Taking ethics seriously: economics and contemporary moral philosophy'. *Journal of Economic Literature*, XXXI (June): 671-731.
- Mauss, M. (1989 [1950]). *Essai sur le don*. In *Sociologie et anthropologie*. Quadrige, PUF.
- Sen, A. (1993). *Ethique et économie*. Quadrige. PUF.