

Chapitre 1

Liberté, égalité ou équité, les lignes de partage des économies politiques

I. Liberté de choix et bon fonctionnement du marché supposés garantir une allocation optimale des biens ; principe non vérifié pour la santé

Le courant de pensée libéral inspiré par Adam SMITH considère que l'intérêt général est la somme des intérêts individuels et que ceux-ci tendent naturellement à s'harmoniser. La société est efficacement régulée *via* l'économie et les libertés individuelles. La justice consiste alors à garantir l'égalité des droits exercés en toute liberté par les individus, afin que les mécanismes du marché ne soient pas biaisés, condition à remplir pour que « *sa main invisible*¹ » atteigne une allocation des ressources optimale. Les inégalités résultant de cette allocation sont justes, dès lors que les règles de bon fonctionnement de l'offre et de la demande ont été respectées.

La santé doit donc être regardée comme un bien privé et non comme un bien public. Il appartient à chacun de décider s'il s'assure contre le risque maladie ou s'il achète directement des biens et des services de santé, et à quelle hauteur, en fonction d'arbitrages opérés sur ses ressources propres. Aux assureurs et aux professionnels de santé de proposer des contrats et des prestations sur un spectre aussi étendu que nécessaire au regard de la diversité de la demande.

Un premier obstacle de taille opposé au libéralisme appliqué à la santé, c'est-à-dire le recours au marché pour assurer une juste allocation des biens et services de santé, est constitué par le fait que les individus, contrairement à l'achat d'un bien d'une autre nature, ne choisissent pas librement d'être malades ou bien portants et, partant, qu'ils ne décident pas non plus de la lourdeur des traitements qui leur sont nécessaires et donc de l'effort à consentir pour les financer. De plus, un individu atteint d'une pathologie grave et qui craint pour

1. Adam SMITH, opus cité, livre IV.

sa survie est-il en mesure d'effectuer des choix rationnels – au sens économique – de consommation de ressources? Il y a là des entorses majeures aux conditions à réunir pour assurer une juste allocation.

Pour s'en convaincre, il suffit de rappeler qu'en 2007 (avant la crise économique des *subprimes*), 62,1 % des faillites personnelles aux États-Unis étaient liées aux dépenses de santé, alors même que les trois quarts des personnes concernées bénéficiaient d'une assurance maladie¹.

Kenneth ARROW montrera (cf. *infra*) que le marché des biens et des services de santé comporte d'autres spécificités qui sont autant de défaillances de marché. Celui-ci ne peut donc qu'échouer à atteindre l'optimum en ce domaine. Il en conclura que la résolution de ces défaillances de marché nécessite l'intervention de la puissance publique, seule légitime pour imposer une vision du bien commun, et d'institutions dédiées.

Dans le domaine de la santé (au moins) il n'existe pas dans la réalité de purs systèmes libéraux. Même le système de santé des États-Unis, de philosophie libérale, n'a pu éviter de créer deux régimes spécifiques au bénéfice des démunis (Medicaid) ou des personnes âgées (Medicare), et de mettre en place des programmes ciblés pour les enfants par exemple. Ils sont tous financés par l'impôt dans une logique d'assistance sociale et complétés par divers dispositifs au niveau des États (hôpitaux psychiatriques et contribution à Medicaid), et des pouvoirs publics locaux (hôpitaux publics municipaux notamment). Aux USA, les dépenses publiques de santé pèsent davantage (45 %) que les assurances maladies privées livrées au marché (33 %) ou les dépenses directes des ménages (22 %)².

L'intervention de la puissance publique dans une logique d'assistance sociale n'exclut pas nécessairement les opérateurs privés qui peuvent même devenir les producteurs d'un service public. Ainsi, la réforme instaurée en 2010 sous la présidence de Barack OBAMA (*The Patient Protection and Affordable Care Act*) continue de s'appuyer sur le marché des assurances privées obligatoires, en encadrant mieux ces dernières pour améliorer l'éligibilité des bénéficiaires³.

-
1. *Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study* D. HIMMELSTEIN, D. THORNE, E. WARREN, S. WOOLHANDLER – *American Journal of Medicine*, n° 8, 2009.
 2. Sources: OMS, CLEISS.
 3. DUMOND Daniel, *Le système de soins de santé américain et sa réforme sous Obama* – Informations sociales 2013/3.

II. L'utilitarisme appliqué à la santé : le meilleur état de santé possible pour le plus grand nombre (mais pas pour tous...)

Né à la fin du XVIII^e siècle, l'utilitarisme¹ a constitué un courant important de l'économie politique occidentale, notamment anglo-saxonne, la finalité de cette théorie normative étant résumée par la célèbre formule de Jeremy BENTHAM : « *le plus grand bonheur du plus grand nombre est la mesure du juste et de l'injuste* ».

L'utilitarisme part du principe que les individus recherchent, de façon rationnelle, à maximiser leur « utilité » c'est-à-dire accroître leur bien-être, leur bonheur ou leur plaisir (ou éviter leurs antagonistes). Mais s'il est possible d'ordonner (prioriser) ces préférences, il n'est pas possible de les additionner : les utilités sont par nature ordinales et non cardinales. Si les raisons ou la psychologie qui guident les choix individuels peuvent être la source de spéculations infinies, les préférences des individus sont, elles, objectivement observables. Mises en perspective (par la théorie des jeux notamment²), les conséquences probabilisées, positives et négatives, de chacun des choix ouverts deviennent mesurables et permettent donc de calculer leur utilité espérée en fonction des choix exprimés.

L'utilitarisme appliqué à la société tout entière veut déterminer comment l'utilité collective peut être satisfaite soit spontanément, soit par un cadre normatif pertinent. La mesure du juste dépend de la contribution d'une décision à l'augmentation globale des utilités. Il y a donc une différence considérable entre le libéralisme et l'utilitarisme.

À la justice procédurale du libéralisme, l'utilitarisme substitue une justice fondée sur les conséquences des décisions : l'utilité collective est réalisée par la satisfaction d'intérêts partagés par le plus grand nombre d'individus rationnels. Il peut donc être juste, pour la maximiser, de réduire l'utilité d'un petit nombre d'individus comme, par exemple, restreindre leur liberté de circulation afin d'éviter une pandémie. De même, l'utilité marginale décroissante de la plupart des ressources peut rendre légitime leur redistribution des plus nantis vers les moins nantis, ces derniers en retirant davantage de satisfactions³.

-
1. Jeremy BENTHAM (1748-1832) et John Stuart MILL (1806-1873) ont conceptualisé le principe d'utilité appliqué notamment à l'économie politique.
 2. Ouvrage fondateur : *Theory of Games and Economic Behavior*, Von NEUMANN John, MORGENSTERN Oskar – Princeton University Press, 1944.
 3. KYMLICKA Will, *Les théories de la justice. Une introduction* – Éditions La Découverte, 2003.

Née de l'utilitarisme, l'économie du bien-être¹ a trouvé avec Vilfredo PARETO² une définition de l'optimum social: toute situation dans laquelle la situation d'un individu ne peut être améliorée sans que soit dégradée la situation d'au moins un autre individu. Était ainsi établi le lien entre l'équilibre général théorisé par WALRAS, c'est-à-dire l'interdépendance de l'ensemble des marchés, avec la maximisation du bien-être social. Dès lors qu'un système de marchés parvient à un équilibre concurrentiel, l'allocation des ressources est jugée efficace: l'utilité d'un agent ne peut être augmentée sans que l'utilité d'un autre agent ne s'en trouve diminuée.

Le rôle du politique consiste alors, en toute impartialité, à réunir les conditions permettant l'allocation de ressources la mieux à même de profiter au plus grand nombre possible, *via* les mécanismes d'une concurrence pure et parfaite animée par des agents dont la rationalité est mise au service de la maximisation de leur bien-être individuel. Dans cette vision une parfaite égalité doit être observée: « *Chacun doit compter pour un, et aucun pour plus d'un*³. »

Cependant, l'économie du bien-être se heurte à des obstacles pratiques pour fonder des politiques publiques. Les dotations initiales des agents au moment où ils interviennent sur le marché diffèrent. L'ampleur de ces différences doit être socialement acceptée, ou bien corrigée en fonction d'une justice sociale sur laquelle sont fondés des mécanismes de redistribution.

Le principal défi auquel l'économie du bien-être est confrontée consiste en la difficulté d'agrèger des préférences individuelles pour en dégager une préférence collective consensuelle, dans le cadre démocratique défini par les utilitaristes (la question du choix social étant vidée de son sens par la dictature d'un chef ou de normes préétablies intangibles qui s'imposent à tous).

Kenneth ARROW a formalisé cet écueil dans son « *théorème de l'impossibilité*⁴. » Il démontre que l'expression de l'intérêt général ne peut résulter de la somme des intérêts individuels, ni la démocratie reposer sur des choix individuels de

-
1. *Welfare economy* pour les anglo-saxons.
 2. Vilfredo PARETO (1848-1923) a notamment été l'auteur de *Manuel d'économie politique* publié en 1906.
 3. Jeremy BENTHAM cité par Christophe CHAUVET in *La notion d'égalité des chances chez Jeremy Bentham* – site web de la *Revue d'études benthamiennes*, 2007.
 4. Kenneth ARROW (1921-2017) a publié sa démonstration en 1950 dans la revue américaine *Journal of Political Economics* sous le titre *A Difficulty in the Concept of Social Welfare*. Dans son article il démontre que, même si chaque électeur est rationnel dans ses choix, le choix démocratique fondé sur la majorité ne l'est pas (non-transitivité du choix collectif). Il développera ses réflexions sur ce sujet l'année suivante dans son livre *Social Choice and Individual Values* – Yale University Press, 1951. En 1972 il a reçu le prix de la banque de Suède en sciences économiques en mémoire d'Alfred Nobel communément appelé « prix Nobel d'économie ». Dans la suite de cet ouvrage et par facilité seront mentionnés les économistes lauréats du « prix Nobel d'économie ».

nature économique, aussi rationnels soient-ils. Des normes sociales d'un autre ordre sont nécessaires pour distinguer le juste de l'injuste.

L'utilitarisme est pourtant une référence importante dans le domaine de la santé. Il est par exemple à la base de certaines méthodes de l'évaluation médico-économique lorsqu'il s'agit d'admettre au remboursement par la collectivité l'accès à des biens ou à des services de santé (cf. *infra* partie III).

Un système de santé utilitariste est donc conduit, par essence, à privilégier le bien-être collectif sur le bien-être individuel, en subordonnant l'utilité médicale d'un traitement particulier à l'utilité socio-économique de la société tout entière. En conséquence, les actifs ont priorité sur les inactifs, les jeunes sur les plus âgés, et ceux dont l'état de santé nécessite les prises en charge les plus lourdes pour un effet limité en termes de longévité ou de qualité de vie seront dépriorisés, au bénéfice de patients dont les traitements leur permettront de redevenir plus rapidement et plus longtemps productifs et consommateurs de biens et de services.

Dans ce cadre il peut paraître parfaitement rationnel, face à une pandémie qui affecterait surtout les personnes très âgées inactives et peu les enfants et les actifs de moins de 60 ans, d'accepter la large circulation d'un virus aboutissant à une vaccination naturelle de la population, car permettant de ne pas naufrager l'activité économique en évitant un confinement généralisé. Mais au prix de décès surtout concentrés sur les personnes les plus âgées¹ à la charge de la société et dont l'espérance de vie théorique est, en toute hypothèse, limitée. Le sauvetage du plus grand nombre justifie le sacrifice de quelques-uns. Mais à partir de quel nombre de décès ce sacrifice de « quelques-uns » devient-il socialement intolérable ?

Un parallèle est possible avec la liberté de circulation automobile dont l'un des corollaires est la mortalité routière, socialement acceptée mais avec un niveau fluctuant qu'illustrent les débats relatifs aux limitations de vitesse.

Il est alors nécessaire, pour éviter les situations parfaitement défendables d'un point de vue utilitariste mais inacceptables selon la représentation collective de la justice sociale, de justifier certaines décisions par des normes sociales et morales non utilitaristes (discriminations positives en faveur des maladies rares ou dont les traitements sont très coûteux comme certains cancers, par exemple).

1. Ou bien d'un confinement sélectif les concernant, auquel cas le prix consiste à assumer un traitement différencié réducteur des libertés seulement sur un critère d'âge, avec les recours juridiques que cela peut impliquer.

La conception utilitariste de la justice sociale est donc mise en tension entre le rejet d'effets d'exclusion trop brutaux et la possible stigmatisation des populations bénéficiant d'un « régime de faveur » alourdissant l'effort collectif.

III. La société juste ou l'égalité équitable des chances

John RAWLS¹ rompt avec l'utilitarisme et son caractère sacrificiel. Il met l'accent sur la différence de nature entre les choix individuels et ceux qui regardent la collectivité, et considère que la pluralité des personnes n'est pas prise en considération par l'utilitarisme. RAWLS renouvelle le concept de justice sociale en le fondant sur l'équité. Il énonce les principes de cette équité en se plaçant derrière « *un voile d'ignorance* » : ne sachant rien de sa propre situation (genre, race, profession, milieu familial...) tout individu aurait intérêt à vivre dans une société ouverte pratiquant l'égalité équitable des chances.

L'égalité demeure et garde la priorité : « *chaque personne a un droit égal au système le plus étendu de libertés de base égales qui soit compatible avec un même système de libertés pour tous* ». Ce système de libertés est composé de « biens premiers² » qui concernent notamment la liberté de conscience, de pensée, d'association, l'intégrité de la personne, l'État de droit et les libertés politiques, la liberté de circuler ou de choisir son activité professionnelle, les revenus, la richesse, les fondements sociaux de l'estime de soi...

Mais il théorise aussi deux formes d'inégalités sociales ou économiques acceptables pour édifier « *la structure de base* » d'une société juste : si ces inégalités bénéficient principalement aux « *membres les plus désavantagés de la société* » ; ou si « *elles sont attachées à des fonctions et à des positions ouvertes à tous, conformément au principe de l'égalité équitable des chances* ».

Le degré de justice sociale peut donc être mesuré à l'aune de ces biens premiers, objets du contrat social. Mais comment définir quels sont les « *membres les plus désavantagés de la société* » ? RAWLS ne traite pas explicitement de ce sujet sous l'angle de la satisfaction du besoin de santé ou de la prise en charge des situations de handicap. Sans les nier, il suppose au contraire, d'un point de vue théorique, « *que les capacités physiques et psychologiques des citoyens se situent toutes dans une certaine normalité*³. »

-
1. RAWLS John, *A Theory of Justice* – Harvard UHP, 1971. Édition française : *Théorie de la justice* collection Points – Ed La Martinière, 2009.
 2. RAWLS John, *Unité sociale et biens premiers* – Revue *Raisons politiques*, vol. 33, n° 1, 2009, p. 9-43.
 3. *Idem*.

Amartya SEN¹ va étendre les conceptions de RAWLS et les contributions d'ARROW aux théorèmes de l'économie du bien-être² en renouvelant profondément la définition de la pauvreté et en ajoutant la justice sociale à la somme des utilités individuelles pour orienter les choix collectifs. Traditionnellement, la pauvreté est exprimée en termes monétaires: le seuil de pauvreté, en dessous duquel les revenus d'un individu ne lui permettent pas de satisfaire ses besoins les plus élémentaires. SEN complète cette définition en introduisant la notion de « *fonctionnements* » compris comme « *les différentes choses qu'une personne peut aspirer à être ou à faire* » et dont la somme, toujours variable d'un individu à l'autre, forme leurs « *capabilités* ». Est pauvre celui qui ne peut ni librement ni complètement exprimer ses potentialités en fonction de ses désirs.

Les biens premiers théorisés par RAWLS ne peuvent avoir de valeur absolue selon SEN: le plus important est la liberté accordée à chacun pour qu'il puisse réaliser concrètement ses capabilités. Autrement dit, les ressources constituées par les biens premiers doivent être assorties de l'égalité des chances pour chacun d'en disposer, s'il le souhaite, afin d'exprimer ses potentialités en toute liberté.

Avec ces penseurs l'économie politique de la santé dispose d'un corpus cohérent et complet à partir de l'impérative garantie de l'égalité équitable des chances.

Celle-ci inclut logiquement la satisfaction des besoins en santé: une personne malade ou en situation de handicap ne pourra pas bénéficier aussi complètement des biens premiers sociaux qu'une personne en bonne santé; elle sera également au moins en partie empêchée de réaliser toutes ses potentialités.

Dès lors, l'action attendue des institutions sociales consiste en la restauration des opportunités auxquelles les individus auraient eu accès en présence d'une société juste, ou en la compensation de leur absence.

Norman DANIELS³ parachève la réflexion en intégrant les institutions en charge de la santé parmi ces opportunités à la base de l'égalité équitable des chances.

Du fait des déterminants sociaux de la santé, une société juste dans l'accès à l'éducation par exemple, ou dans les efforts de prévention des risques professionnels, concourra positivement à l'état de santé des populations.

Dans cette perspective, la collectivité doit solvabiliser – au titre des coopérations que des citoyens libres et égaux peuvent juger acceptables – les demandes

1. Amartya SEN (né en 1933) est un spécialiste des problématiques du développement et de la pauvreté. Il est à l'origine de l'Indice de développement humain (IDH) initié par le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD). En 1998 il a reçu le « prix Nobel d'économie ».

2. Voir chapitre suivant.

3. *Op. cit.*

de biens et services de santé non pas sous l'égide de la redistribution des revenus, mais parce qu'il s'agit de l'un des moyens de garantir l'égalité équitable des chances pour tous.

La solidarité entre malades et bien portants se surajoute à la solidarité entre nantis et pauvres.

Mais comment, devant l'impossibilité d'établir un consensus, fonder les principes de l'allocation des biens et des services de santé ?

DANIELS résout cette question en déterminant non pas les finalités à servir par cette allocation, mais les modalités procédurales les mieux à même d'aboutir à une décision juste parce qu'elle correspondra le mieux aux préférences collectives : la publicité des décisions qui posent les limites de la satisfaction des besoins de santé ; la transparence de la définition de la pertinence, c'est-à-dire ce qu'il faut entendre par un bon rapport qualité/prix des modalités de satisfaction de ces besoins ; des conditions « *d'appel et de révision* » permettant de débattre de ce qui précède et d'évaluer les politiques en vue de les améliorer ; et enfin une régulation d'ensemble garantissant l'observation de toutes ces conditions.

IV. Dès l'origine, l'économie de la santé s'affirme comme une économie politique

Il est généralement considéré que l'acte fondateur de l'économie de la santé comme domaine spécialisé des sciences économiques est constitué par l'article de Kenneth ARROW intitulé « *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care* » publié en décembre 1963 dans *The American Economic Review* et qui reste d'actualité, malgré certains aspects de l'analyse liés à l'organisation du système de santé américain de l'époque.

Cet article est fondateur du fait que son auteur est le premier à traiter de l'ensemble des dimensions couvertes par l'économie de la santé : l'incertitude face au risque de maladie et aux résultats des prises en charge, les défaillances de marché présentées par la demande et la production de soins, les spécificités des comportements du producteur, du consommateur et du financeur de ces activités.

ARROW explore les spécificités du marché de production de soins au regard des deux « théorèmes » de l'économie du bien-être qu'il avait lui-même contribué à formaliser avec Gérard DEBREU¹ : la concurrence pure et parfaite permet d'établir un équilibre général qui constitue un optimum au sens de PARETO,

1. ARROW Kenneth J., DEBREU Gerard, *Existence of an Equilibrium for a Competitive Economy* – *Econometrica*, Vol. 22, n° 3 – Jul., 1954.