



# De la responsabilité individuelle aux priorités collectives. Une analyse institutionnaliste des politiques de la demande en santé<sup>1</sup>

**By/Par** | **Philippe Batifoulier**  
EconomiX, UMR CNRS 7234  
Université Paris Ouest  
Philippe.Batifoulier@u-paris10.fr

## **ABSTRACT**

Moral hazard remains the gold standard of and constitutes a theoretical and empirical justification for increasing the financial contributions of patients. The contestation of the notion of moral hazard had lead to a moral turn and advocates a segmentation of patients into those for whom co-payments increase individual responsibility and those for whom co-payments reduce access to care. This paper shows that identification of collective priorities in healthcare conflicts with the moral hazard approach. Priority setting in healthcare is not justified in instrumental terms. Priorities are related to the shared expression of societal values and defended independently of the mainstream conception of responsibility.

**Keywords:** Moral hazard, Health care priority setting, Institutionalist economics, societal values.

## **RÉSUMÉ**

La notion d'aléa moral est le gold standard de la politique de la demande en santé et justifie les politiques de partage des coûts visant à faire payer le patient. Sous l'effet des critiques théoriques dont elle a fait l'objet, la notion d'aléa moral a été progressivement vidée de son ambition originelle pour en appeler à la moralisation du comportement du patient. Elle a débouché sur une segmentation des patients distinguant ceux qui doivent être mis à contribution financière au non de la responsabilité individuelle et ceux qui doivent être protégés de cette responsabilisation. Ce texte montre que la constitution d'ordres de priorité en matière de santé est peu compatible avec l'approche en termes d'aléa moral. Les ordres de priorité ne répondent pas à une conception instrumentale. Ils reposent sur des valeurs sociétales partagées et des préférences éthiques qui sont en opposition avec la conception standard de la responsabilité et la promotion de l'individualisme.

**Mots clefs :** aléa moral, ordre de priorité en santé, économie institutionnaliste, valeurs sociétales

JEL Classification: I11, I18, D63, B52

---

<sup>1</sup> Une première version de ce texte a été présentée à la journée d'étude « Efficacité et Équité » du programme NEOPOVIS (Normes Economiques, Ordres Politiques et Vie Sociale) de l'université Paris Ouest – Nanterre La Défense, en octobre 2011. Je remercie les participants ainsi que les rapporteurs de la revue qui ont permis d'améliorer ce texte.

*Éthique et économie/Ethics and Economics*, 9(2), 2012  
<http://ethique-economique.net/>

## **INTRODUCTION**

La politique de la demande, qui consiste à « partager les coûts » avec le patient, s'exprime par des « tickets modérateurs » qui constituent un pourcentage du coût des soins ou par des contributions forfaitaires, indépendantes du coût, qui s'apparentent à un coût fixe d'entrée. Elle peut aussi prendre la forme d'un prix limite de prise en charge publique ou de franchise qui sont des seuils de déclenchement de cette prise en charge. La couverture assurantielle se déclenche alors au delà d'un certain montant de dépense. Ces dispositifs organisent en Europe le transfert de charge de l'assurance publique vers le patient soit de façon directe soit par l'intermédiaire d'une assurance complémentaire payée par le patient. Ce développement de la mise à contribution financière du patient au financement de ses propres dépenses de santé ambitionne de responsabiliser le consommateur de soins. Il se nourrit de la notion d'aléa moral qui constitue le « gold standard » de la politique de la demande en santé. Venant de la théorie de l'assurance, cette approche conduit à affirmer que l'assurance provoque une consommation de soins injustifiée qui, *in fine*, dégrade le bien être social.

Ces politiques provoquent des dommages collatéraux aggravant les inégalités sociales de santé. Les personnes dont l'état de santé est le plus altéré sont aussi celles qui souffrent le plus des barrières introduites à l'entrée des systèmes de soins (renoncements aux soins pour raisons financières tout particulièrement). L'accent mis sur la responsabilité individuelle et le libéralisme social qui animent les politiques de santé a ainsi conduit à développer des inégalités d'accès aux soins qui se cumulent avec les inégalités sociales existantes. Faire payer le patient est ainsi source d'externalités négatives. Le transfert de charge vers le patient accroît le coût des soins, tout particulièrement pour les plus pauvres ou les plus malades, pour lesquels se soigner conduit à un appauvrissement. Elle creuse aussi les inégalités sociales en handicapant ceux qui ont déjà les plus grandes difficultés en matière d'emploi par exemple. Elle contribue donc à déliter le pacte social.

La littérature en économie de la santé exprime ces difficultés sous la forme d'un dilemme: l'objectif d'efficacité, dans la réduction des dépenses publiques de santé, s'oppose à celui de l'équité dans l'accès aux soins. L'accroissement des inégalités serait alors le prix à payer pour une régulation efficace de la dépense publique et il convient de trouver le bon dosage sans remettre fondamentalement en cause les instruments utilisés. Le transfert de charge vers le patient doit alors être modulé et tenir compte de l'accroissement induit des inégalités d'accès aux soins pour les plus fragiles. En d'autres termes, la légitimité de la politique visant à faire payer le patient exige de protéger certains patients du transfert de charge imposé aux autres. Elle débouche sur une segmentation des soins et des patients et conduit à « privilégier » certains publics : les plus malades, les plus pauvres, les plus vieux, etc. Cette quête de légitimité de la politique publique a une résonance particulière en matière de santé du fait de l'exigence éthique qui accompagne la délivrance des soins.

Cette moralisation de la politique de la demande en santé dans un contexte de durcissement de la contrainte budgétaire rend nécessaire de clarifier les choix qui sont fait en matière d'ordre de priorité pour identifier les groupes de patients dont les problèmes de santé doivent être traités comme des besoins prioritaires. Fixer des priorités collectives en recensant les

types de soins ou de prescriptions qui doivent être pris en charge par la solidarité collective (ou en d'autres termes définir le « *health basket* ») reste néanmoins soumis à la contrainte de responsabilisation du patient. Il convient alors d'articuler la notion d'aléa moral qui se place sur le terrain de l'efficacité et celle d'ordre de priorité qui se situe sur celui de l'équité.

La première partie montre comment la notion d'aléa moral en santé, sous l'effet des critiques théoriques dont elle a fait l'objet a été progressivement vidée de son ambition originelle pour être assortie d'une ambition moralisante. Si la notion d'aléa moral ne fait *a priori* appel qu'à la rationalité individuelle et est étrangère aux valeurs, elle a été progressivement missionnée et instrumentalisée pour en appeler à la moralisation du comportement du patient et à sa rééducation à la responsabilité individuelle. La notion d'aléa moral a été ainsi affublée d'une véritable connotation normative.

Ce canevas théorique et politique doit ensuite être articulé avec des ordres de priorité. Il convient alors de définir des critères qui forment les priorités collectives, compatibles avec l'objectif de développement de la responsabilité individuelle. En s'appuyant sur les critères proposés par le calcul économique et le courant de l'éthique empirique, la seconde partie montre la difficulté à concilier ces deux objectifs. Le libéralisme social qui anime les politiques de responsabilisation individuelle est peu conducteur de valorisation d'un bien commun qui doit présider à l'établissement des priorités collectives. La teneur de l'ambition morale de la notion d'aléa moral est contradictoire avec celle qui vise à faire émerger les valeurs sociétales qui forment les ordres de priorité.

### **L'HYPOTHÈSE D'ALÉA MORAL : DE LA RATIONALITÉ INDIVIDUELLE À LA MORALITÉ ÉDUCATIVE**

A partir de l'article d'Arrow (1963), Pauly (1968) a donné une présentation canonique de la perte de bien-être collectif qui peut résulter d'un excès de couverture maladie. Cet excès peut avoir un effet contreproductif sur la recherche de comportements économes en dépenses de santé : en modifiant la demande de santé, l'assurance diminue « les bienfaits sociaux ». Il semble alors acquis que l'assurance complète n'est pas nécessaire. Elle est même contreproductive car elle active des demandes de soins injustifiées au sens où elles n'améliorent pas l'état de santé. Mais les soins inefficaces restent coûteux à produire pour la société. Ils nécessitent des recettes fiscales qui appellent de nouveaux prélèvements sociaux. Ces coûts des soins supérieurs aux bénéfices conduisent à une perte de surplus collectif.

Les enquêtes empiriques menées en France (par exemple, Geoffard, 2000, Caussat et Raynaud, 2005) ont cherché à confirmer l'incidence significative du niveau de couverture sur la dépense individuelle de santé. Elles s'inscrivent dans la lignée de l'enquête de référence, commanditée par le gouvernement fédéral américain en 1974 à la Rand Corporation (Manning et *alii*, 1987 ; Newhouse, 1993). 15 polices d'assurances différentes allant de gratuité complète jusqu'à un co-paiement (CP) de 95%<sup>2</sup> ont été attribuées par tirage

---

<sup>2</sup> Avec un plafond de reste à charge en fonction du revenu, ce qui limite l'effet prix pour les dépenses lourdes.

au sort sur un échantillon de 6000 ménages suivis pendant une dizaine d'années (20 000 personnes années). Si les résultats montrent que beaucoup de personnes ne consomment rien sur 1 an (c'est le cas en ville et encore plus à l'hôpital), ils révèlent une baisse des dépenses (en fait des recours) dans le cas d'un CP, même relativement limité. Cette baisse de la consommation n'est pas linéaire (l'élasticité prix n'est pas constante). Elle atteint 30 % pour un CP de 95% et 20% pour un CP de 25%. Elle est plus forte en ambulatoire qu'à l'hôpital. A l'issue d'un bilan de santé (besoin de soins optiques, caries dentaires, tension artérielle, etc.), l'enquête conclut à l'absence d'amélioration sensible de l'état de santé en fonction de la couverture, ce qui suggère l'existence de comportements de type aléa moral.

### *A la recherche d'un véritable aléa de moralité en santé*

La littérature théorique et empirique en économie de la santé semble donc s'accorder sur la dangerosité d'une assurance complète en mettant en avant une élasticité de l'ordre de -0.2 : une hausse du prix de 10% entraîne une baisse de la consommation en volume de 2 %. Si la gratuité totale est une incitation perverse, le recours à un co-paiement devient la bonne incitation, celle qui conduit les individus rationnels à adopter des comportements économes. C'est donc en jouant sur l'intérêt bien compris du patient que la politique de santé enrayer les comportements stratégiques.

Cet échafaudage intellectuel s'incarne dans les politiques économiques qui ont pour mission de définir le type d'incitations à mettre en œuvre pour compenser financièrement la désutilité inhérente à la suspension de l'opportunisme des acteurs. L'intervention de la tutelle ou du payeur porte sur la manière d'inciter le patient à adopter des efforts de prévention ou à renoncer à une consommation médicale excessive.

S'il est une platitude d'affirmer que l'assurance santé conduit à davantage de consommation de soins, il est plus difficile de montrer que cette consommation est inutile. L'élasticité négative de -0.2 entre prix et consommation ne dit rien sur le caractère justifié ou injustifié de la consommation. La façon commune de faire est de définir la dépense superflue par « celle qui n'améliore pas l'état de santé ». Le problème est alors rabattu sur la mesure de l'état de santé. Il faut identifier qui est capable d'établir la vraie valeur des soins : les patients eux-mêmes ? Les experts médicaux ? Les médecins ?

Ces derniers ont la capacité d'induire la demande et de persuader les patients de consommer plus qu'ils en ont besoin, comme l'a mis en évidence la littérature, classique en économie de santé, de la « demande induite » (Evans, 1974, Rochoaix et Jacobzone, 1997). Selon cette conception théorique, la demande des patients ne présente pas les attributs nécessaires à une demande au sens microéconomique car elle n'est pas autonome de l'offre des médecins. En effet, le patient qui consulte un médecin fait état d'une morbidité et d'un besoin. Cependant c'est le médecin qui traduit ce besoin profane en consommation médicale (par exemple, il prescrit une ordonnance et/ou des actes techniques). Cette capacité d'induction de la demande relève de l'instrumentalisation par le médecin du différentiel d'information qu'il possède face au patient. Or, l'insistance sur un aléa moral du patient relève au second plan cette notion d'effet d'induction (ou d'aléa moral du médecin) et privilégie une politique de la demande sur celle de l'offre. Même s'il faut relativiser la toute puissance du médecin dans la décision thérapeutique et rester prudent avec la notion de demande induite (Leonard et al., 2009), le professionnel reste partie prenante de la dépense. Pour surconsommer, il faut un

médecin accommodant qui rédige l'ordonnance et un cadre réglementaire qui favorise le clientélisme comme peut le faire le paiement à l'acte. Cet emblème du libéralisme médical est en effet l'une des sources essentielles de surconsommation médicamenteuse d'un pays comme la France en comparaison avec la plus faible consommation au Pays Bas où les médecins ne sont pas rémunérés directement par le patient et moins tentés de clore une consultation par une ordonnance (Rosman, 2010).

La notion d'aléa moral, en faisant du patient le décideur en premier ressort, a tendance à oublier la primauté du médecin dans la décision de dépense. Le patient ne peut pas être tenu pour responsable d'une consommation médicale dont une grande partie échappe à son autorité.

Ce raisonnement peut être développé dans le cas de la dépense hospitalière où la notion d'aléa moral semble totalement inadaptée car le patient ne peut être tenu responsable de ce type de dépense. La réduction de couverture n'a pas d'impact sur la demande de soins hospitaliers. D'abord parce que les soins hospitaliers sont décidés avant tout par le médecin ou dictés par l'urgence. Ensuite parce que les soins lourds offerts à l'hôpital ne sont pas motivés par le degré de couverture : ce n'est pas parce que la transplantation rénale est totalement remboursée que tout le monde en veut une !

De plus, comme l'identification d'un aléa moral doit neutraliser l'état de santé, il faut écarter ce qui peut être imputable à un risque sanitaire élevé. Les plus mauvais risques, anticipant les dépenses élevées, cherchent les couvertures les plus élevées quand ils en ont les moyens. Les gros consommateurs de soins sont les hauts risques dont la dépense est justifiée. L'aléa moral n'est alors que l'expression d'un effet d'anti sélection.

Rechercher la dépense induite et le gaspillage derrière la consommation médicale conduit à soupçonner les individus de vouloir systématiquement tirer partie d'une asymétrie d'information. Dans ces conditions, puisqu'il n'y a aucune moralité dans l'expression d'un aléa moral et seulement de l'intérêt rationnel, on ne voit pas où serait l'intérêt d'un patient à omettre des efforts de prévention qui vont altérer son propre bien être et sa qualité de vie. Un patient bien assuré s'autorise-t-il des comportements à risques parce qu'il sait que sa future cirrhose ou son cancer du poumon sera pris en charge ? La maladie n'a pas que des coûts monétaires. Elle implique aussi souffrance, jours et années perdues, incapacité, limitations, etc. Or, ces autres préjudices ne sont pas couverts par l'assurance qui ne couvre que le coût des soins. L'oubli de cette dimension normative de la santé qui n'est pas un bien comme les autres rend la notion d'aléa moral *ex ante* caduque. Un assuré avec couverture complète ne peut rationnellement omettre des efforts de prévention sauf à hypothéquer volontairement son avenir sanitaire et *in fine*, son insertion sur le marché du travail, ses flux de revenus, sa position sociale, etc. On ne voit donc pas en quoi, l'assurance complète peut affecter négativement les comportements de prévention (Bardey et al., 2003, Le Pen, 2002). On observe même l'inverse : ce sont les mieux assurés qui recourent le plus aux soins de prévention. L'hypothèse d'un aléa moral *ex ante* (avant la maladie) est alors largement sujette à caution. Elle est même dangereuse si la réduction de couverture peut décourager la prévention. L'action volontaire de prévention est en effet très sensible au prix du fait notamment d'une perception plus lointaine des bénéfices des soins préventifs par rapport au curatif.

*Inégalités d'accès aux soins et dommages collatéraux*

La notion d'aléa moral, quand elle donne lieu à des dispositifs institutionnels, est source de dommages collatéraux. Si l'assurance permet la consommation, l'absence ou la réduction de la quantité d'assurance freine une consommation qui peut être utile à la santé. Introduire volontairement des barrières financières aux soins sous forme de co-paiements conduit à une sous consommation voire à des renoncements financiers aux soins <sup>3</sup> qui peuvent être préjudiciables à la santé. Quand les politiques de lutte contre l'aléa moral sont efficaces, elles conduisent à des problèmes d'équité. Cette évidence avait déjà été relevée par les enquêtes empiriques, y compris celle de la Rand<sup>4</sup>. Elle a aussi été largement documentée par les enquêtes mettant en avant l'accroissement des inégalités par un report du financement sur les complémentaires d'assurance maladie, qui sont très inégalement distribuées (Domin, 2010, Batifoulier, Domin, Abecassis, 2011).

Il a fallu cependant attendre les travaux de Nyman (1999a) pour que l'économie de la santé reconnaisse l'existence d'un préjudice pour la société des mécanismes d'exclusion par le prix. Contestant la mesure de la perte de bien être de Pauly, Nyman met en avant les externalités positives pour la société d'une couverture santé et réhabilite l'idée que l'assurance permet aussi d'accéder aux soins. Si l'on met en avant le « motif d'accès », et pas seulement l'aversion pour le risque, alors l'assurance a un effet positif sur le bien-être social car elle permet à des individus d'acquérir du soin qu'ils ne pourraient financer seuls au regard de leur revenu. La consommation médicale induite par l'assurance peut alors être parfaitement justifiée quand elle évite que de faibles ressources soit un motif de renoncement aux soins. Plus encore, la réussite d'un système de santé peut être jugée par la (sur)consommation qu'il permet d'offrir aux plus démunis si l'on prend en considération l'état de santé proportionnellement plus dégradé de cette population. L'analyse peut être étendue aux cas des traitements très coûteux. Dans ce cas, le bien de santé est impossible d'accès quel que soit le niveau de richesse du patient. L'assurance n'a pas pour objet d'éviter un risque financier mais permet l'accès. La « valeur » de l'assurance réside ainsi dans sa capacité à permettre un accès impossible sans assurance (Nyman, 1999b).

Dans ces conditions, la pauvreté et/ou la longue maladie annulent les comportements suspectés de passer clandestin. Pour ces types de patients, un phénomène « d'anti aléa moral » peut décrire une situation où un défaut d'assurance entraîne une sous consommation de soins qui détériore l'état de santé et pèse sur le bien être collectif. La suspicion d'une dépense inutile, quand elle existe, ne peut toucher que d'autres types de patients, sur lesquels il faut concentrer les co paiements. « C'est l'exact contraire de ce que soutient la théorie : on

---

<sup>3</sup> Le rapport de l'ONPES (Observatoire national de la pauvreté et l'exclusion sociale) publié en 2010 montre que le renoncement aux soins est de 14 % en 2006 contre 11.2 % en 2002 et 14 % en 1998 : Après une diminution imputable à la création de la CMUC, le renoncement augmente à nouveau. Il varie selon le revenu et l'existence et la qualité de la couverture complémentaire. Le renoncement financier aux soins touche davantage les plus pauvres en particulier pour les soins dentaires, l'optique et les soins de spécialité (dans cet ordre). Voir Kerleau et Outin (2011) pour un commentaire.

<sup>4</sup> Pour les 2 premiers déciles de revenu, l'existence de CP a découragé les recours aux médecins alors que l'enquête a mis en évidence l'existence de troubles liés à de la tension artérielle.

ne surconsomme pas quand on est assuré, on sous consomme plutôt quand on ne l'est pas » (Le Pen, 2009 p. 266).

Ainsi, la corrélation entre consommation et assurance ne s'explique pas par l'aléa moral mais par le motif d'accès et réduction de l'incertitude. Cette approche est confirmée par les études empiriques. Pierre et al. (2011) montrent, contrairement aux prédictions de la théorie standard, que la souscription d'une sur complémentaire<sup>5</sup> s'accompagne d'un accroissement des restes à charge car le surcroît d'assurance permet d'accéder à des soins qui étaient trop coûteux auparavant: le dentaire et l'optique. L'assurance supplémentaire ne diminue donc pas le risque financier. Elle ne conduit pas non plus à une dépense inutile. Elle permet de satisfaire une demande trop coûteuse sans assurance satisfaisante.

### *De l'aléa moral à l'abus du patient. La moralisation de l'analyse*

S'il ne reste plus grand-chose sur le plan théorique de la notion d'aléa moral, elle reste un fondement important des politiques de la demande en santé permettant de faire payer le patient. La théorie a en effet performé les politiques économiques et nourrit le discours sur la mise à contribution financière du patient au financement de ses propres dépenses de santé. Cette politique de santé s'inscrit dans la topique néolibérale qui insiste sur le rôle des dépenses dans les déficits des comptes sociaux. Le refus d'accroître les prélèvements obligatoires et donc les recettes, la baisse de la dépense publique érigée en horizon incontournable, etc., remettent au premier plan la politique de la demande. L'argument de la « nécessité sociale » qui interdisait tout alourdissement des frais de santé du patient (Vallat, 2001) est relégué au second plan.

Ce formatage du problème appelle sa gamme de solutions. En Europe, la couverture santé est largement publique. La critique de l'assurance complète se transforme alors en critique de la socialisation de l'assurance santé. La gratuité ou le sentiment de gratuité activerait chez chaque individu un penchant supposé rationnel au moindre effort qui conduit au gaspillage. La mise en avant d'un effet aléa moral dissimule ainsi une attaque contre l'assurance sociale. Si le problème est la socialisation de l'assurance santé, la réponse doit être cherchée dans la désocialisation. C'est dans cet esprit que s'est développée la mise à contribution financière du patient.

Cette stratégie participe à la rhétorique réactionnaire (Hirschman, 1995), visant à dénoncer les politiques progressistes, en particulier parce qu'elles sont source d'effets pervers et créent des effets désincitatifs. En voulant faire le bonheur du plus grand nombre, elles ne produisent que leur malheur. Nyman (2007) montre comment le background théorique forgé à partir de l'article de Pauly s'est mué en combat politique pour considérer que *naturellement* l'assurance santé est problématique car elle est source de perte de bien être. Les offensives politiques de M. Feldstein et B. Friedman pour clamer l'inefficacité de la taxe « employee insurance tax subsidy » (socialisant pour une partie l'assurance santé) ont débouché sur une pétition de 361 économistes de la santé pour abroger cette taxe. Les difficultés de la

---

<sup>5</sup> L'analyse est menée sur 18 126 adhérents de la Mutuelle Générale de l'Équipement et des Territoires (MGET) dont on étudie la consommation de soins et les restes à charge entre 2001 et 2005. La sur complémentaire a été mise en place en juillet 2003.

« réforme Obama » sont aussi en partie imputables au lobbying politique qui se nourrit de cette pseudo scientificité.

L'argumentation s'est déployée sur le terrain moral. La socialisation de l'assurance santé est en effet considérée comme destructrice de valeurs primordiales comme le sens de l'effort ou l'honnêteté que l'on peut attendre du patient. La solidarité est alors incriminée de déresponsabiliser les individus. Le malade ne mérite pas la couverture généreuse de ses frais de santé s'il est responsable de son mauvais état de santé. A l'inverse, la libre prévoyance qui invite à la responsabilité est moralement supérieure. Elle met à distance l'assistant même si c'est au prix de positions sociales extrêmes comme le rapporte Le Pen (2009, p. 266) en citant la phrase suivante de JJ Laffont : « *Il est important d'empêcher les individus de souscrire une assurance complémentaire qui détruirait toutes incitations à l'effort. C'est pourtant ce que l'on laisse faire pour l'assurance maladie* » (Laffont, 1998).

Le raisonnement théorique visant à rendre le soin plus cher au nom de la nécessaire responsabilisation du patient s'est mué en argumentation normative visant à inculquer au patient une représentation du système de santé où la désocialisation est valorisée par souci de moralisation.

Cette stratégie se nourrit de la thématique de l'abus du patient qui relève du vocabulaire moral. Considéré comme une évidence et relevant de la loi de la nature, sa médiatisation<sup>6</sup> conduit à masquer d'autres fraudes autrement plus coûteuses pour la collectivité. Cet abus a plusieurs visages notoires : le nomadisme où le patient consulte plusieurs médecins pour le même épisode de soins, la fraude à l'arrêt de travail où la maladie est instrumentalisée pour satisfaire une préférence pour le loisir, l'addiction aux médicaments développant une consommation exagérée, etc. La notion d'aléa moral est dorénavant convoquée pour justifier la responsabilisation du patient considéré comme un tricheur en puissance. Elle trouve alors ses justifications moins dans les théories de l'assurance que dans certaines théories de la justice et en particulier dans le libéralisme social qui assure la promotion du libre arbitre et du comportement entrepreneurial. Le transfert de charge de l'assurance publique à la libre prévoyance, opéré par la multiplication des co-paiements, n'est pas seulement un transfert financier. Il est aussi un transfert moral quand il dénonce le comportement irresponsable du patient. En dépit des problèmes théoriques qu'il pose, la notion d'aléa moral en santé reste en effet un moyen de responsabilisation éducative du patient. Cette responsabilisation prend une forme moralisante. Elle conduit à dénoncer le comportement du patient sous un angle moral (le vocabulaire de l'abus, de la fraude ou du gaspillage) et à proposer des règles incitatives pour empêcher ces comportements moralement répréhensibles (des malus du type co-paiements) qui vont inviter le patient à l'honnêteté. Il s'agit alors de rééduquer le patient en faisant appel à son intérêt bien compris. L'intérêt lucratif qui se manifeste derrière la logique de malus infligés au patient est en effet considéré comme le meilleur moyen de retrouver la valeur essentielle qu'est la responsabilité individuelle. La théorie de l'aléa moral en santé reste bien assise sur la notion de rationalité mais cette rationalité est considérée comme une norme de vie ou une façon de penser. Elle assure la promotion du gouvernement de soi et de la logique entrepreneuriale. La notion d'aléa moral reste une boussole pour les gouvernants et un guide pour les gouvernés. En déclenchant la responsabilité individuelle par des mécanismes de malus, elle vise à « jouer activement sur l'espace de liberté laissé aux

---

<sup>6</sup> Une campagne publique de publicité affirmait en France : « la Sécu, c'est bien, en abuser ça craint ».

individus pour qu'ils en viennent à se conformer d'eux mêmes à certaines normes » (Dardot et Laval, p 15).

Ce tournant moral de la notion d'aléa moral prend ses distances vis-à-vis de la conception standard en économie consistant à adopter une position de neutralité vis-à-vis des valeurs. En déployant une approche éducative fondée sur la responsabilité individuelle et en incitant le patient à une autre conduite, elle prend une position morale explicite.

Le problème est que cette position morale est bien peu humanisante quand elle conduit à faire payer davantage les plus démunis. La politique de co-paiement est en effet très inégalitaire quand elle frappe d'abord ceux qui sont les plus fragiles : le taux d'effort est plus élevé pour les premiers déciles de revenus que pour les derniers. Elle est aussi injuste quand ses premières victimes sont les plus vulnérables à la maladie. En effet, les inégalités de santé sont des inégalités sociales et les plus pauvres sont globalement les plus exposés à la maladie. En rendant le soin délibérément plus cher, les politiques axées sur la notion d'aléa moral en santé accentuent ces inégalités. Elles rajoutent des inégalités d'accès aux soins aux inégalités sociales de santé : ce sont les plus pauvres qui sont les plus malades mais qui sont aussi les moins couverts et les moins « capables », au sens de Sen, à être assertifs à l'égard des prestataires (Léonard, 2012). Cette politique de la demande rend la couverture santé plus difficile d'accès pour ceux qui ont le plus besoin de soins. La logique sacrificielle de l'aléa moral conduit à dégrader la qualité de vie des plus pauvres et des plus malades (Batifoulier, 2008).

Puisque le renoncement aux politiques d'aléa moral n'est pas inscrit à l'agenda politique, il convient de concilier la responsabilisation des patients avec la protection des plus fragiles et ainsi de moraliser ces politiques de la demande. C'est dans cette perspective que l'analyse économique a mis en avant un effet dual : si l'assurance peut conduire à une élévation artificielle de la consommation, elle peut aussi permettre l'accès aux soins en levant l'obstacle financier. Inversement, la dissuasion induite par les politiques visant à combattre l'aléa moral met en échec une consommation excessive mais introduit aussi des barrières à l'entrée du système de soins pour ceux qui en ont besoin. Même si elle reste focalisée sur l'alternative entre assurance et absence totale d'assurance et non sur le niveau de co-assurance optimal (Blomqvist, 2000), l'analyse met en avant l'existence de publics hétérogènes ou des soins disparates nécessitent une couverture assurancielle adaptée particulièrement en période d'accroissement des coûts des soins (Cutler, 2002). Pour ne pas être facteur d'exclusion de l'accès aux soins, la politique de la demande qui s'inspire de la notion d'aléa moral doit trouver sa bonne cible, en modulant la co-assurance en fonction des types de patient et de soin. Elle doit alors s'appuyer sur des ordres de priorité.

Cette évolution de la notion d'aléa moral en santé a conduit à prôner une segmentation des patients pour distinguer ceux dont les co-paiements activent la responsabilité individuelle de ceux dont les co-paiements détériorent l'accès aux soins. Mais elle ne dit rien des critères (l'âge, la maladie, le revenu, etc.) qui distingueraient les groupes qui devraient recevoir la protection maximale. Faire payer le patient à sa théorie, mais la solidarité ciblée en appelle à une autre.

## **COMMENT DÉFINIR LES PRIORITÉS COLLECTIVES ?**

Le développement de la mise à contribution du patient au nom de la responsabilité individuelle a conduit à la nécessité de définition de priorités collectives. Le centre de gravité de la politique de demande s'est alors déplacé de la notion d'efficacité vers celle d'équité. La mise en dispositifs institutionnels de considérations d'équité ne peut néanmoins s'affranchir de la volonté de conserver à la politique de la demande sa trajectoire régressive. La politique publique vise à l'introduction de mécanismes de marché dans les logiques de solidarité par la promotion d'un comportement entrepreneurial du côté de l'offre comme de la demande (Satman, 2002, Wynand et Van de Ven, 1996). Cette stratégie se nourrit de la topique néolibérale qui vise à faire de chacun un entrepreneur de soi-même et qui est tout à fait en phase avec la notion d'aléa moral en santé. Dans cette perspective, il ne s'agit pas de renoncer aux co-paiements et d'augmenter la prise en charge publique. Il s'agit au contraire de légitimer la mise à contribution croissante du patient par une fragmentation des droits sociaux selon le type de patient ou de soin. L'objectif de la politique de la demande en santé est double : poursuivre la mise à contribution financière du « patient moyen » et exonérer certains patients de cette politique selon certains critères qu'il reste à légitimer. Le durcissement de la contrainte budgétaire et le transfert de charge sur le patient a fait des ordres de priorité un objectif grandissant des politiques économiques de santé.

La logique sacrificielle de la notion d'aléa moral a besoin de sécurité. Faire payer les uns tout en épargnant les autres, mine les fondements du système de solidarité : ceux qui sont mis à contribution peuvent trouver le système trop coûteux : l'accent mis sur la responsabilité individuelle et le transfert de charge vers la libre prévoyance nourrit la critique de l'assurance publique et conduit à la délégitimer. Le succès du discours sur les « charges sociales » et la réduction du social à un problème de dépenses excessives nourrit la critique de l'Etat providence<sup>7</sup>. Dans le même temps, les personnes protégées et exonérées de co-paiement sont stigmatisées dans une période de mise en avant du patient responsable (Stuber et Schlesinger, 2006). L'individualisation croissante des couvertures déploie un espace grandissant de concurrences sociales (Pharo, 2005).

Puisque les politiques axées sur la notion d'aléa moral ont une vocation éducative et moralisante, elles doivent s'appuyer sur le sens de la justice des individus dans une communauté donnée. L'arbitraire apparent des dispositifs de priorisation est levé par un arbitrage qui forge une communauté politique organisée autour d'une conception de ce qui est bien. Ainsi, le traitement différencié des patients, selon qu'ils sont soumis à des co-paiements ou non, n'est arbitraire qu'au regard de règles de classement perçues comme légitimes. Les dispositifs qui visent à définir le ciblage de la solidarité doivent alors s'ancrer dans une normativité à vocation générale. Pour contourner la critique sur leur apparent arbitraire, les ordres de priorité doivent s'appuyer sur une justification à visée objective. Ils doivent s'encadrer dans une conception axée sur le bien commun.

---

<sup>7</sup> Voir l'article de C. Léonard dans ce numéro.

*Fixer des ordres de priorité par le calcul économique ?*

Une première façon d'allouer des ressources rares est de s'appuyer sur le calcul économique visant à mettre en rapport un critère de résultat (ou gain en santé) d'une stratégie de santé avec le coût d'une telle stratégie. L'analyse coût-utilité, particulièrement développée en économie de la santé, est une forme particulière d'analyse coût-efficacité. Le résultat d'une stratégie de soins (par rapport à une autre) est mesuré en durée de vie pondérée par la qualité de vie, par exemple en Qaly (quality adjusted life years)<sup>8</sup>. Le décideur public compare différentes stratégies (ou une stratégie nouvelle par rapport à la stratégie conventionnelle) selon un coût par année de vie gagnée ajustée sur la qualité de vie. La comparaison se fait de façon plus ou moins explicite en fonction d'un seuil d'acceptabilité. Ainsi, si un traitement X fournit 20 qalys par personne traitée et un traitement Y, uniquement 10 qalys, X sera préféré à Y. Il a deux fois plus de « valeur » car il a deux fois plus de résultat en termes d'espérance de vie ajustée par la qualité de vie. On peut ensuite comparer X et Y en fonction du coût des deux traitements et mettre en balance ce que rapporte un traitement (mesuré par les qalys) et ce qu'il coûte (en euros). Le NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) anglais a construit des tables de classement des ratios coût/qaly. La technologie évaluée est recommandée si le ratio est inférieur à 20 000 £. Au dessus de 30 000 £, il faut que la technologie soit particulièrement innovante pour être recommandée. Ce seuil représente le maximum jugé acceptable du coût supplémentaire par année de vie gagnée.

L'analyse coût utilité peut ainsi être mobilisée pour définir des priorités de prise en charge et pour financer des soins en fonction de leur capacité au bénéfice pour le patient. Elle fournit alors un critère de priorisation des choix publics. L'utilisation de ces critères d'allocation des ressources peut être très utile quand il s'agit de comparer des situations de domination simple. C'est le cas quand un traitement, une technologie ou protocole de soins X améliore l'efficacité de Y sans augmenter le coût ou encore quand le coût de X est inférieur à celui de Y sans détériorer l'efficacité, par exemple pour les médicaments génériques. L'analyse coût-utilité peut ainsi permettre de combattre les stratégies intrusives de l'industrie pharmaceutique<sup>9</sup>.

L'universalisme de la mesure peut être considéré comme un critère éthique dans la mesure où la « capacité au bénéfice » peut être qualifiée de « juste » s'il s'agit de ne financer en priorité que les soins qui sont réellement efficaces sur l'état de santé. Ces analyses coût-utilité peuvent alors constituer un outil adéquat à la définition des ordres de priorité dans un contexte de rareté des ressources budgétaires et de sélection des soins à prioriser. En phase avec l'orientation désirée des politiques de la demande, elles s'appuient sur un critère d'efficacité et visent à épurer la politique de santé de toute dimension sociétale pour privilégier la lutte contre un gaspillage défini quantitativement.

---

<sup>8</sup> La métrique des QALYs constitue un numéraire auquel peut être ramené tout état de santé. Chaque état de santé, qui se présente comme un continuum de la mort à parfaite santé en passant par le coma ou l'incapacité, se voit attribuer un poids entre 0 (mort) et 1 (parfaite santé). Le nombre d'années passées dans un état de santé particulier figure un nombre équivalent d'année en parfaite santé. Par exemple, 10 ans en qualité 0.5 vaut 5 ans en parfaite santé.

<sup>9</sup> Sauf quand celle-ci commande des analyses de coût des maladies qui mettent en évidence l'importance du coût que leur produit permet d'éviter.

Par construction, le score en termes de qualité de vie (à état de santé donné) est invariant selon les individus. La valeur d'un traitement ou d'un protocole est identique selon les individus et les groupes sociaux. En ce sens, ces comparaisons « objectives », requises par ces politiques de rationnement soulèvent beaucoup d'objections morales tenant à la recherche d'une expression de résultats quantifiés en termes monétaires. Or, certains biens et services, parce qu'ils touchent à la santé, peuvent avoir une valeur d'existence en soi.

Ces méthodes coût-utilité se heurtent à des obstacles éthiques bien identifiés par la littérature Hurley (2000), Williams & Cookson (2000) Nord & al., 1997). Ainsi, l'une des forces du critère est d'être insensible aux différences entre individus. Quel que soit l'individu, riche ou pauvre, jeune ou vieux, le gain en santé sera le même car le critère se veut objectif, ce qui en fait son intérêt, y compris d'un point de vue éthique mais ce qui, par définition, est peu utile pour établir des priorités entre individus<sup>10</sup>. Donner une valeur à la vie humaine, exprimer les résultats en termes monétaires et comparer ces résultats sur la base d'un équivalent général qui est le nombre de Qaly suscitent un débat de grande ampleur. L'universalisme de ces mesures vise à défendre l'idée selon laquelle la valeur de la vie humaine peut être mesurée (de manière à permettre les comparaisons). Or, cette conception suscite de nombreuses et récurrentes résistances et contestations (Gadreau, 1978) que la métrique des Qaly a exacerbé. On peut en effet s'interroger sur la pertinence d'une évaluation économique dans un domaine où les considérations morales sont primordiales. Ce point de vue a été étoffé par la littérature (Ham, 1997; Robinson, 1999) à partir de cas réels comme celui Jaymee Bowen, petite fille britannique de 10 ans atteinte de leucémie et à laquelle on a refusé une seconde greffe de moelle osseuse quand la première avait échoué. L'évaluation économique en santé oublie ce qui est important aux yeux des citoyens et la caractéristique normative primordiale du bien santé (Hodgson, 2008, Batifoulier et Gadreau, 2005)

Les considérations de coût et d'efficacité peuvent également apparaître secondaires quand la vie d'un individu identifiable est en danger. Les personnes ne sont pas uniquement affectées par l'état de santé ou la souffrance des autres mais aussi par les circonstances de l'événement. Dans ce cas, les probabilités et les mesures impersonnelles s'effacent derrière le choc ou l'urgence qui suscite la réaction émotionnelle. Le traitement utilitariste est alors secondaire face à la dimension symbolique voire sacrée de la sauvegarde la vie. La notion de règles de secours (« rules of rescue ») développée par McKie et Richardson (2000) et Richardson et McKie (2005) s'appuie sur l'observation de motivations psychologiques conduisant à dépenser beaucoup d'argent pour chercher des marins en mer ou pour opérer des patients avec peu de chances de guérison. Ce type de ressort psychologique diffère de la préférence pour aider les plus démunis du fait que les règles de secours s'adressent à des « individus identifiables en péril immédiat » et non à des catégories de personnes. L'utilité mesurée, liée aux règles de secours, est celle dérivée de la tentative de sauvetage (utilité individuelle et utilité de la société) et non de l'amélioration de l'état de santé ou des externalités positives. « Les individus tirent de l'utilité de ne pas appliquer les principes utilitaristes » (2000, p 2412)

Avec le calcul économique, les économistes montrent qu'ils savent donner un prix à tout mais de la valeur à rien. Or, on ne peut pas occulter la question des valeurs dans une

---

<sup>10</sup> On peut toutefois introduire des pondérations d'équité mais le critère perd en efficacité ce qu'il gagne en équité

politique de priorité en matière de santé. Il reste à savoir comment on tient compte de ces valeurs et de quelles valeurs il s'agit.

Ces difficultés posées par l'utilisation de mesure objective dans le cadre d'un « extra welfarisme » peut conduire à un retour aux approches welfaristes consistant à laisser le patient dire ce qui est bon pour lui et à assumer ses préférences. Or, parce qu'elles sont conséquentialistes, les approches welfaristes, pour lesquelles seules les préférences individuelles sont sources de valeurs et les approches extra welfaristes qui mobilisent un critère universel comme celui des qalys pour dire ce qui compte, souffrent de la même critique : elles ne prennent pas en considérations les préférences sociales et les valeurs sociétales qui animent la politique de santé (Hurley, 2000, Mooney, 2005, Davis & McMaster, 2007).

Pour tenir compte des résonances spécifiques de la notion de valeur en matière de santé ou de l'acuité particulière avec laquelle s'expriment les problèmes de justice (ou d'injustice) quand ils touchent à la délivrance et à la distribution des soins, il est difficile de s'en remettre à la théorie économique qui n'a pas isolé un concept d'équité qui fasse autorité. Il convient aussi d'écarter la tentation de dire que l'équité n'est pas du ressort de l'économiste. Le durcissement des politiques assises sur la notion d'aléa moral lui a au contraire donné une importance cruciale dans l'agenda de la politique de santé. Une solution est alors de chercher à identifier les préférences éthiques des individus en matière de financement du soin.

#### *Sonder les préférences éthiques des individus*

Le courant dit de « l'éthique empirique » très développé actuellement dans le champ des ordres de priorité (Clément et Serra, 2009) cherche à interroger directement les individus pour identifier leurs préférences éthiques. On entend par préférences éthiques, un sous groupe des préférences sociales, moins changeantes car fonction de valeurs qui sont plus stables (préférences dites impartiales ou impersonnelles). Sonder les préférences du public en matière de financement prioritaire du soin est mené à partir de cas types ou « dilemmes moraux » où on demande aux individus de choisir entre différentes situations.

Ainsi, dans un premier exemple développé par la littérature (Dolan et al, 1995, Dolan et Cookson, 2005), on demande aux sondés de classer deux individus : d'une part Daniel, 8 ans avec un cancer et 50% de chances de survie sans intervention et d'autre part Joanne, 42 ans, sans personne à charge et HIV positive suite à des problèmes de drogue. Pour elle, le traitement est disponible et effectif à 75 %. Le public exprime une préférence pour un traitement prioritaire de Daniel qui a pourtant un résultat de santé que l'on peut exprimer en qalys, plus faible. Cet exemple archétype pose le problème des préférences illégitimes et arbitraires que l'on peut assimiler à une discrimination. Le risque de « dictature des mal-informés » plaide pour un retour au paternalisme des médecins ou des experts que l'on voulait justement éviter en ayant recours au public. L'exemple montre qu'il ne suffit pas de compter les valeurs mais d'identifier les valeurs qui comptent, celles qui ont de l'importance. On peut associer ce réquisit à la nécessaire recherche de l'expression d'un bien commun derrière les préférences individuelles.

Une solution est alors, pour le chercheur, de formater le débat pour éviter les dérapages et d'interroger le public sur deux stratégies bien balisées. La littérature a ainsi retenu et cherché

à discuter certains critères et notamment à départager le critère de sévérité de la maladie considérée comme le critère implicite du décideur politique et le critère du « fair innings », développé par la communauté scientifique (Williams, 1997) selon lequel chacun a droit à une juste durée de vie : s'il meurt trop tôt, il est volé, s'il vit longtemps, il vit à crédit sur la société et est moins prioritaire. Le premier critère priorise généralement les plus âgés alors que le second est plus favorable aux plus jeunes même si la sévérité de la maladie peut aussi toucher les jeunes. S'il n'est pas un argument contre l'acharnement thérapeutique (car non validé pour un jeune dans le coma prolongé), l'option du « fair innings » vient interroger l'efficacité des dépenses de fin de vie et la priorité de prise en charge qui serait donnée aux maladies longues et coûteuses. Les dépenses ultimes n'évitent pas le décès et la probabilité de survie peut être faible, interrogeant la « rentabilité » de la dépense dans un contexte de débat intergénérationnel où les dettes contractées pour le financement des dépenses de santé seraient transmises aux jeunes générations (De Pourville, 2006). Cette position, qui suppose un raisonnement contrefactuel (dire que les dépenses sont engagées dans la dernière année de vie ne peut pas se savoir au moment où le traitement est engagé) tend à naturaliser les termes de la question morale pour la faire disparaître complètement dans une logique d'efficacité (Dupuy, 2011).

Un second exemple met en scène ce questionnement au sujet de la primauté de la maladie. Soient un Malade A avec de sévères problèmes de santé et un traitement légèrement efficace et le Malade B avec des problèmes de santé plus modérés mais un traitement très efficace. Le coût du traitement identique dans les 2 cas. Lequel choisir ? Le sondage des opinions ne débouche pas sur un résultat définitif (Ubel, 1999, Stolk et al., 2005, Shah et al., 2009): il n'y a pas un critère qui l'emporte sur l'autre et il est sans doute vain de vouloir chercher un critère supérieur qui dominerait tous les autres. De plus, les préférences individuelles sont instables et encastrées dans des valeurs générales et dans le contexte dans lequel s'expriment ses valeurs. Par exemple la préférence exprimée pour la sévérité de la maladie exprime en fait une préférence générale pour les plus démunis dans une population particulière (Green, 2009).

S'il reste difficile d'accéder au bien commun à partir des préférences exprimées par les individus, les études d'éthique empirique ont cependant montré le rôle déterminant des valeurs communes véhiculées par des communautés dans l'édification des ordres de priorité. Ainsi la mise en évidence de préférences instables ou de l'importance exprimée par les individus de la prise en considération des préférences des autres et notamment des professionnels de santé (Wiseman et al, 2003) révèlent qu'il ne s'agit pas seulement de mettre à jour des valeurs prévalentes dans une population mais de construire un processus de délibération et d'arbitrage au sein d'une population donnée (Massé, 2003, 2005). Ces analyses d'éthique empirique menées sur des individus révèlent l'importance des collectifs dans l'édification des ordres de priorité. Elles invitent à chercher une conception de l'objectivité derrière l'expression des préférences subjectives de façon à pouvoir accéder à une conception du bien commun qui doit animer les ordres de priorité. Cette position défendue par certains courants de la philosophie morale (Hasman et al, 2006, Baerschi, 2002) comme par l'économie de la santé institutionnaliste (Davis, 2001, Mooney, 1998, 2009, McIntyre et Mooney, 2007, Hodgson, 2008, 2009, Batifoulier, Latsis et Merchiers, 2009, Batifoulier, Braddock et Latsis 2010) met en avant une conception des ordres de

priorité comme conception locale ou située du bien commun : la délibération politique s'inscrit dans une communauté politique faite de valeurs et de significations partagées.

En conséquence, les principes de justice, qui forgent les ordres de priorité, ne peuvent être définis de façon abstraite ou désincarnée (comme le propose une optique extra welfariste) sans tenir compte de cet ancrage communautaire. De même, l'existence de principes communs va à l'encontre du relativisme du welfarisme (qui met en avant les préférences individuelles).

Privilégier les plus âgés ou les enfants, les plus pauvres, les plus malades relèvent de valeurs qui justifient ces priorités. Il est alors difficile de chercher à rationaliser les critères qui ont permis de construire ces ordres de priorité car ils ne répondent pas à des critères d'efficacité. Ils ne peuvent être réduits à des moyens nécessaires à la poursuite d'un objectif. Ils constituent en eux mêmes des objectifs.

Cet agenda est peu compatible avec le type de moralisation du patient prôné par la recherche de la responsabilisation individuelle. Le plaidoyer éducatif de la notion d'aléa moral est détaché des considérations éthiques et de l'existence de valeurs sociétales. Le communautarisme des ordres de priorité s'oppose fondamentalement à l'individu atomisé de l'individualisme libéral. L'idée de bien commun supportée par un collectif n'est pas soutenue par l'homme entrepreneurial qui reste dominé par l'intérêt personnel.<sup>11</sup>

Cette opposition est destructrice : le transfert de charge vers le patient et la valorisation de la libre prévoyance au nom de la responsabilité individuelle nécessite des correctifs qui obligent à créer ou étayer des ordres de priorité. Plus le patient sera amené à payer pour ses propres dépenses de santé, plus il sera nécessaire d'établir et de justifier des ordres de priorité qui protègent certains patients du traitement infligé aux autres. Or, si les deux stratégies sont liées, elles reposent sur des modes de pensée et des représentations opposées.

## **CONCLUSION**

Ce texte a cherché à relier deux courants de la littérature sur les politiques de la demande en santé. Celui autour des développements de la notion d'aléa moral en santé et celui sur les ordres de priorité dans la prise en charge financière du soin. Le premier courant de la littérature se place sur le registre de l'efficacité pour condamner la dépense injustifiée dans la mesure où elle n'améliore pas l'état de santé. La quantité d'assurance est incriminée dans ce cadre dans la mesure où elle excite artificiellement la consommation médicale. Il convient alors de faire payer le patient par des mécanismes de partage des coûts qui invitent le malade à la responsabilité individuelle. Davantage que d'agir véritablement sur les comportements, ces politiques diffusent une représentation du système de santé dominée par la logique (néolibérale) entrepreneuriale du patient responsable et cherchent à le rééduquer dans ce sens. En dépit des critiques dont ils ont fait l'objet, les mécanismes de co-paiement ont été durcis avec le temps et ont abouti à l'accélération des inégalités d'accès aux soins. L'introduction de barrière à l'entrée du système de soins a conduit certains patients à

---

<sup>11</sup> L'idée de bien commun n'est pas opposée à la responsabilité. Elle en appelle à une autre notion de responsabilité davantage collective, déconnectant l'individu de la seule recherche de son intérêt personnel (Léonard, 2012).

renoncer à des soins ou à les reporter vers des structures comme l'hôpital où les paiements sont moindres.

En privant de soins ceux qui en ont le plus besoin et en conduisant ainsi à déliter le pacte social, ces politiques suscitent un embarras éthique. Plutôt que de renoncer à la mise à contribution financière des patients et à l'affichage d'une éducation à la responsabilité individuelle, elles ont été alors assorties de mécanismes protecteurs pour certains soins et/ou certains patients qui se voient exonérés de la contribution financière qui est demandée aux autres. Cette segmentation des patients est alors à la recherche de critères qui permettent de définir les ordres de priorité. L'accent mis sur la responsabilité individuelle débouche ainsi sur la nécessité de définition de priorités collectives. Il s'agit de définir le groupe minimal qui doit recevoir la protection maximale.

Le choix des ordres de priorité reste encadré dans le développement de la responsabilité individuelle. Il vise à une certaine forme d'objectivité pour légitimer la politique de demande en santé. Les critères pour une couverture prioritaire de certains soins et certains malades qui visent à définir le panier de soins remboursables ne doivent en effet pas être arbitraires. Les critères universalistes de type Qaly répondent à cette ambition et sont de plus en phase avec la logique d'efficacité revendiquée par la politique de santé. Ils proposent de sélectionner les soins à financer en fonction de l'amélioration pertinente et de leur balance coût/bénéfice. Cette logique de calcul économique tire sa force de son insensibilité aux différences entre individus. Cette force est aussi un inconvénient car elle ne permet pas de sélectionner les publics à privilégier et de tenir compte de l'ancrage normatif du bien santé. Pour remédier à ces difficultés, une solution est de sonder les citoyens sur leur préférence en matière de prise en charge financière du soin. Le courant de l'éthique empirique parvient difficilement à identifier des préférences éthiques derrière l'expression de préférences individuelles qui peuvent paraître arbitraires, soit parce qu'elles font ressortir des préférences illégitimes comme celles liées à des discriminations, soit parce qu'elles sont encadrées dans un contexte. Il reste difficile d'accéder au bien commun à partir des seules préférences individuelles.

En cherchant à concilier responsabilité individuelle et priorités collectives, les politiques néolibérales de la demande en santé développent une solidarité de plus en plus résiduelle qui oblige à choisir les patients à protéger du traitement infligé aux autres. Cette segmentation des patients a besoin de justification : l'arbitrage politique doit s'appuyer sur des normes de justice partagées. Or, le néolibéralisme a conduit à faire perdre aux individus tout sens d'un bien commun primant l'intérêt individuel. La normativité de la notion d'aléa moral fondé sur l'individualisme du patient et son intérêt personnel tranche avec celle des priorités collectives qui en appelle aux préférences éthiques et aux valeurs sociétales.

## **RÉFÉRENCES**

Arrow, K.J. (1963), « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *American economic review*, n°53, pp. 941-973.

Baertschi, B., 2002, "Justice et santé. Chacun doit-il recevoir des soins en proportion de ses besoins ? ", *Revue de Métaphysique et de Morale*, Vol. 1, n°33, p. 83-101.

Bardey, D., Couffinhal, A., Grignon, M. (2003), « Efficacité et risque moral *ex post* en assurance maladie », *Revue française d'économie*, n° 2, volume 18, pp. 165-197.

Batifoulier, P. (2008), « Renouveau de la politique de ciblage en santé. De nouveaux droits sociaux ? », in Domin J.-P., Maric M., Delabruyere S., Hédouin C., (eds). (Éds), *Au-delà des droits économiques et des droits politiques, les droits sociaux*, Paris, Éditions de l'Harmattan, p. 181-193.

Batifoulier, P., Braddock, L., Latsis, J., (2010),. The health basket : from arbitrariness to communal values», communication pour les *XXXe Journées de l'Association d'Economie sociale*, Louvain, septembre.

Batifoulier, P., Domin, J.P., Abecassis, P. (2010), « Les effets pervers de la politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire », *Economie appliquée*, n°4, pp. 171-194.

Batifoulier, P., Gadreau, M. (dir.), (2005), *Ethique médicale et politique de santé*, Economica, 2005, 223 p.

Batifoulier, P., Latsis, J., Merchiers, J. (2009),. The philosophy of need and the normative foundations of health policy. *Revue de philosophie économique*, 10/1,79-101.

Blomqvist, A. (2001), « Does the economics of moral hazard need to be revisited? A comment on the paper by John Nyman », *Journal of health economics*, n° 20, pp. 283-288.

Caussat L., Raynaud, D. (2005), « La régulation de la demande de soins : le rôle de l'assurance maladie dans la formation de la consommation des biens et services de santé », *Revue d'économie financière*, n°76, pp. 129-152.

Clément, V., Serra, D. (2009). L'équité en matière de santé: qu'en pense l'opinion publique ? Une revue de l'éthique empirique dans le champ de la santé. *Revue de philosophie économique*, 10/1,55-78.

Cookson, R., Dolan, P., 2005, "Principles of justice in health care rationing", *Journal of Medical Ethics*, 26, p. 323-329.

Cutler, D. (2002), « Equality, efficiency, and the market fundamentals: the dynamics of international medical-care reform », *Journal of economic literature*, Vol. XL, sept., pp. 881-906.

Dardot, P., Laval, C., (2009), *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*, La Découverte, janvier, 498 p.

Davis, J. et McMaster R., 2007, « The individual in mainstream health economics: a case of *persona Non-grata* », *Health care analysis*, n°15, p. 195-210

Davis, J.B., [ed.], 2001, *The Social Economics of Health Care*, Routledge.

De Pourville, G. (2006), « Le coût du temps ultime », *Seve, Les tribunes de la santé*, n°13, pp. 77-85.

Dolan, P., & Tsuchiya, A. (2005). Health priorities and public preferences : the relative importance of past health experience and future health prospects. *Journal of Health Economics* 24, 703-714.

Dolan, P., Olsen, J. A. (2001), Equity in health: the importance of different health streams, *Journal of Health Economics*, 20, 823-834.

Domin, Jean Paul (2010) « L'assurance maladie complémentaire, vecteur de la reproduction des inégalités dans l'emploi », *Les notes de l'IES*, n°14.

- Dupuy, J-P (2011), « Le temps qu'il nous reste. Economie de la mort statistique, de la mort contrefactuelle et de la mort propre [Pour une critique radicale de l'économie de la santé] », in Collège des Bernardins (ed.) « *Contrainte économique et justice dans l'accès aux soins* », Editions Lethielleux
- Gadreau, M., (1978) « Note à propos du prix de la vie humaine », *Revue d'Economie Politique*, mars-avril 1978, 2 p. 273-281.
- Geoffard, P-Y. (2000), « Dépenses de santé : l'hypothèse d'aléa moral », *Économie et prévision*, n°142, pp. 123-135.
- Green, C, J. (2009). Investigating public preferences on severity of health as a relevant condition for setting healthcare priorities, *Social Science & Medicine*, 68, 2247-2255.
- Ham, C. (1997). Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy*, 42, 49-66.
- Hasman, A., Hope, T., Osterdal, P. (2006). Health Care Need: Three Interpretations. *Journal of Applied Philosophy*, 2, 143-156.
- Hirschman, A. (1995), *Deux siècles de rhétorique réactionnaire*, Fayard, Paris
- Hodgson, G., (2008), An institutional and evolutionary perspective on health economics, *Cambridge Journal of Economics*, 32, 235-256.
- Hodgson, G., (2009). Towards an alternative economics of health care, *Health Economics, policy and law*, 4, 99-114.
- Hurley, J., 2000, "An overview of the normative economics of the health sector", in *Handbook of health economics*, vol. 1A, A. Culyer and J. Newhouse, eds., Chap. 34, North Holland, p. 56-118.
- Kerleau, M., Outin, J-L., (2011), « Pauvreté et CMU : fragilité des populations, fragilité des droits » dans Batifoulier P., Buttard A., Domin JP. (eds) *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de M. Gadreau*, ESKA, pp. 171-182.
- Laffont, J.J. (1998), « Le risque comme donnée économique », in Ewald F., Lorenzi J.H. (Éd), « *Encyclopédie de l'assurance* », Economica, p. 1492.
- Le Pen, C. (2002), « Point de vue : Pour en finir avec le hasard moral », *Lettre du collège des économistes de la santé*, mars, n°1.
- Le Pen, C. (2009), « Patient ou personne malade ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », *Revue économique*, 2, Vol. 60, p. 257-271.
- Leonard, C (2012), « *Le parcours du patient dans les soins de santé. Refonder la solidarité grâce à la responsabilité capacitante* », Thèse de doctorat en sciences médicales, Université Catholique de Louvain
- Leonard, C., Stordeur, S., Robertfroid, D. (2009),. Association between physician density and health care consumption: a systematic review of the evidence. *Health Policy*, 91, 121-134.
- Manning, W.G., Newhouse, J.P., Nairn, D., Keeler, E.B., Leibowitz, Marquis, M.S. (1987), « Health insurance and the demand for medical care: evidence from randomized experiment », *American economic review*, n°77, pp. 251-277.

- Massé, R. (2005). Les fondements éthiques et anthropologiques d'une participation du public en santé publique. *Ethique publique*, 7, 107-124.
- Masse, R., 2003, *Ethique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Les Presses de l'Université Laval
- McIntyre, Di., Mooney, G., 2007, *The economics of health equity*, Cambridge University Press.
- McKie, J., Richardson, J. (2000). The rule of rescue, *Social Science & Medicine*, 56, 2407-2419.
- McMaster, R. (2007), « On the need for a heterodox health economics », *Post-autistic economics review*, n°41, p. 9-22.
- Mooney, G. (1998). Communitarian claims as an ethical basis for allocating health care resources. *Social Sciences and Medicine*, 47/9, 1171-1180.
- Mooney, G. (2005). Communitarian claims and community capabilities: furthering priority setting? *Social Sciences and Medicine*, 60, 247-255.
- Mooney, G. (2009). Is it time for health economist to rethink equity and access? *Health economics, policy and law*, 4(2), 209-221.
- Newhouse, J.P. (1993), *Free for all? Lessons from the Rand Health Insurance experiment*, Harvard University Press.
- Nord, E., Pinto, L., Richardson, J., Menzel, P., Ubel, P. (1999). Incorporating societal concerns for fairness in numerical valuations of health programmes, *Health Economics*, 8: 25-39.
- Nyman, J., (1999a), "The economics of moral hazard revisited", *Journal of health economics*, n°18, pp. 811-824.
- Nyman, J., (1999b), « The value of health insurance: the access motive », *Journal of health economics*, n° 18, pp. 141-152.
- Nyman, J., (2007), « American health policy: cracks in the foundation », *Journal of health politics, Policy and Law*, Vol. 32, n 5, pp.759-783.
- Olsen, J.A., Richardson, J., Dolan, P. & Menzel, P. (2003). The moral relevance of personal characteristics in setting health care, *Social Science & Medicine*, 57, 1163-1172.
- Pauly, M. (1968), « The economics of moral hazard. Comment », *American economic review*, n°58, pp. 531-537.
- Pharo, P., 2005, « L'éthique de la concurrence », *Revue internationale des sciences sociales*, n° 185, p. 489-499.
- Pierre, A., Gosselin, A., Perronnin, M., Franc, C. (2011), Risque financier et accès aux soins. Effet d'une sur assurance sur le reste à charge, Communication au JESF, Clermont-Ferrand décembre.
- Richardson, J., McKie, J. (2005). Empiricism, ethics and orthodox economic theory: what is the appropriate basis for decision-making in the health sector?, *Social Science & Medicine*, 60, 265-275.

- Robinson, R. (1999). Limits to rationality: economics, economists and priority setting. *Health Policy*, 49, 13-26.
- Rochaix, L., Jacobzone, S., (1997), « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Economie et prévision*, n°129-130, pp. 25-36.
- Rosman, S., (2010), « Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas », in G. Bloy et F-X. Schweyer (Eds), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, pp. 117-132.
- Saltman, R. (2002). Regulating incentives : the past and present role of the state in health care systems. *Social Science and Medicine*, 54,1677-1694
- Shah, K. (2009). Severity of illness and priority setting in healthcare: a review of the literature. *Health Policy*, 93, 77-84.
- Stolk, E., Pickee, S., Ament, A., Busschbach, J. (2005). Equity in health care prioritization: an empirical inquiry into social value. *Health Policy*, 74, 343-355.
- Stuber, J., Schlesinger, M. (2006), « Sources of stigma for means-tested government programs », *Social Science & medicine*, n°63, pp. 933-945.
- Williams, A., Cookson, R. (2000), "Equity in health ", in A. Culyer and J. Newhouse (eds), *Handbook of health economics*, vol. 1B Chap. 35, Amsterdam, North Holland, p. 1863-1910.
- Williams, A. (1997). Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument. *Health Economics*, 6 (2), 117-132.
- Wiseman, V., Mooney, G., Berry, G., Tang, K. (2003). Involving the general public in priority setting experiences from Australia, *Social Science & Medicine*, 56, 1001-1012.
- Wynand, P., Van de Ven, M. (1996). Market-oriented health care reforms: trends and future options. *Social Science and Medicine*, 43, 655-666.