

APPEL À COMMUNICATIONS SPÉCIFIQUE DE L'ATELIER

« CRISE DU SYSTÈME DE SANTÉ, CRISE DE L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ »

1. ORGANISATION GÉNÉRALE

Comme exposé dans la présentation générale du colloque (*voir les informations détaillées sur le site [Recherche & Régulation](#)*), les organisateurs ont particulièrement souhaité soutenir des dynamiques de recherche collective sur des enjeux économiques émergents ou critiques, questionnant en retour les pratiques et les outils du chercheur en économie. Dans ce but, le comité scientifique a sélectionné une vingtaine de propositions d'ateliers – dont celui-ci.

Cet appel spécifique permet donc de soumettre une proposition de communication dans le cadre de cet atelier (*sinon, voir sur notre site pour soumettre une proposition en varia ou pour un autre atelier*).

Les propositions de communication seront examinées par les responsables d'atelier et par le comité scientifique selon le calendrier ci-dessous. Elles devront parvenir aux responsables d'atelier selon les modalités suivantes :

CALENDRIER ET CONTRAINTES FORMELLES.

ÉCHÉANCE	DATE LIMITE
Propositions de communication 500 mots environ +10 références bibliographiques maximum (langues de travail : français, anglais)	1^{er} novembre 2014. <i>Réponse du comité scientifique : 15 décembre 2014.</i>
Communications dans leur format définitif (ateliers varia et spéciaux). - 8 000 mots maximum environ, sauf cas particulier. - communications « état des savoirs » : 2 500 mots + 15 références bibliographiques maximum.	30 avril 2015
Colloque : 10-12 juin 2015 (Paris)	

NATURE DES CONTRIBUTIONS. La nature des contributions que l'on peut proposer est libre, mais doit afficher un positionnement clair, d'ordre épistémologique ou théorique, conceptuel ou empirique, de type survey ou programmatique.

Seront aussi recevables des propositions de communication du type « état des savoirs » sur un domaine spécifique – méthode ou terrain.¹

Par ailleurs, des communications pourront être sélectionnées pour différents débouchés éditoriaux (revues à comité de lecture, ouvrages, actes) que les organisateurs préciseront avant le colloque.

2. RESPONSABLES DE L'ATELIER

- Jean-Paul DOMIN (Université de Reims Champagne-Ardenne, REGARDS).
- Philippe BATIFOULIER (Université Paris Ouest Nanterre, Economix).

3. ORIENTATIONS SCIENTIFIQUES DE L'ATELIER

Le domaine de la santé est peu adapté à la théorie économique standard : le patient ne se conduit pas en consommateur et le besoin de santé ne relève pas d'une simple préférence quand il est souvent involontaire. La maladie rend stérile l'hypothèse du calculateur rationnel. La relation de soin est encadrée dans codes éthiques et sociaux, des textes déontologiques, des normes morales ou encore des logiques de don. La distribution des soins ne peut s'affranchir des questions de justice et des règles de secours mutuel, etc. C'est dans cette perspective que Mark Blaug pouvait considérer que *“health economics would seem to be a perfect topic for heterodox dissent ... health economics is a*

¹ Attention, pour ce type de communication « état des savoirs », la communication finale devra respecter certaines contraintes formelles (*cf. tableau supra*).

*field which must make the average neoclassical economist squirm because it challenges his or her standard assumptions at every turn*².

L'économie standard a pourtant réussi à dérouler ses outils et ses certitudes en mettant en avant des caractéristiques du secteur de la santé – asymétries d'information, incertitude, externalités et bien tutélaire – que l'on retrouve dans bien d'autres domaines. C'est pourquoi la théorie (multi terrain) de l'agence est devenu l'alpha et l'oméga de l'analyse (entre le médecin et le patient, le médecin et l'assurance maladie, l'hôpital et la tutelle, ...). Cette approche théorique constitue depuis les années 1980 le référentiel des politiques économiques de la santé. Les concepts de concurrence encadrée ou de quasi marché servent d'aiguillon à la transformation de l'hôpital en laboratoire de la concurrence. Le nouveau management public a redonné de la vigueur à la thématique de l'hôpital entreprise en justifiant la course à la productivité et à la rentabilité. La notion de paiement à la performance renouvelle le plaidoyer pour le développement des incitations financières chez les praticiens et entérine leur transformation en chasseurs de prime. La notion d'aléa moral forgé par la théorie de l'assurance est instrumentalisée pour réduire la couverture santé publique (suspectée de favoriser le gaspillage) en Europe ou rendre extrêmement compliqué le développement d'une assurance publique aux États-Unis. L'utilitarisme a pénétré l'évaluation des produits et stratégies de santé, qui est promise à un bel avenir. Enfin, la santé est un exemple privilégié de l'économie comportementale et notamment du paternalisme libertarien cherchant à réorienter le comportement des individus sans enfreindre leur liberté.

La montée en puissance de la théorie économique standard dans les différentes réformes de la santé s'inscrit dans une période où le capitalisme n'a jamais été aussi intimement lié à la santé. Le secteur de la santé se porte bien alors que de nombreux secteurs de l'économie sont en crise. La consommation médicale augmente globalement et la part des dépenses médicales dans la consommation totale s'accroît. Peu de marchés sont aussi dynamiques que celui des assurances santé privées, des cliniques à but lucratif, celui de l'industrie des produits de santé (optique, dentaire, auditif) ou du médicament. Si les marchés sont porteurs, c'est aussi parce que le capitalisme à la recherche de nouveaux marchés cherche à s'étendre vers des secteurs qui ne s'inscrivent pas spontanément dans sa logique – comme la santé. **Dans ces conditions, la santé sera-t-elle au nouveau capitalisme ce que l'automobile était à l'ancien modèle fordiste ?**

Si la santé nourrit le développement du capitalisme, elle en supporte les effets les plus délétères. La santé offre une caisse de résonance importante aux choix de politiques économiques. Les corps portent les stigmates des restrictions budgétaires. Les difficultés financières d'accès aux soins se cumulent avec les inégalités d'état de santé. L'austérité peut tuer en augmentant les suicides et la prévalence des maladies. La captation de la richesse par une partie minime de la population détériore l'état de santé parce que les inégalités de revenu et de patrimoine nuisent à l'harmonie sociale en renforçant la rivalité entre les individus. Elles sont à l'origine de violences, de pertes de l'estime de soi, du développement de l'insécurité et du stress, dont les corps portent les stigmates.

Or, si les réformes de la santé sont diverses, mobilisent un large spectre d'instruments et répondent à des objectifs nationaux, elles s'inscrivent dans une trajectoire de développement des mécanismes marchands. En adoptant des façons de penser forgées par la théorie standard, les politiques économiques en matière de santé sont peut être bonnes pour le capitalisme mais beaucoup moins pour la majorité des individus. **C'est dans ce sens que l'on peut parler de crise de régulation du secteur de la santé.**

Cet atelier a pour objectif de documenter cette évolution, et ses effets pervers, au regard de l'évolution du capitalisme. Il vise aussi à montrer comment la crise du système de santé et celle de l'économie de la santé s'entretiennent. Dans

² Blaug M. [1998] «Where are we now in British health economics? », *Health Economics*, 7(S1), S63-78. Repris et commenté par Hodgson G. [2013] *From pleasure machines to moral communities: an evolutionary economics without homo economicus*, Chicago : University of Chicago press.

quelles mesures la crise de régulation du secteur de la santé peut être lue comme une crise de la représentation orthodoxe d'un bon système de santé et de l'application des outils de la théorie économique standard au domaine de la santé.

POUR SOUMETTRE VOTRE PROPOSITION

Les propositions de communication sont à envoyer au responsable de l'atelier (philippe.batifoulier@u-paris10.fr, jp.domin@univ-reims.fr) avec copie aux organisateurs (rr2015@upmf-grenoble.fr).

GUIDE DE PRÉSENTATION

1. PROPOSITION DE COMMUNICATION

Pour être étudiée, une proposition de communication devra être présentée dans un document au format traitement de texte présentant les informations suivantes :

Première page : titre de la communication + statut et coordonnées professionnelles de l'auteur (en cas d'auteurs multiples : mettre en premier et en gras le correspondant).

Deuxième page : résumé en français et en anglais (10 lignes maximum et 5 mots-clés)

Troisième et quatrième page :

- une synthèse présentant le plan détaillé prévu et permettant de répondre aux questions suivantes (sélectionner selon la nature de la communication) : Quelle est la question de départ posée ? Quelle idée-force ou quelle thèse est défendue ? Quelle problématique est mobilisée (et les éléments théoriques ou conceptuels sur lesquels elle s'appuie) ? Quel état de l'art ? Quelle méthodologie est suivie (dans le cas d'une communication s'appuyant sur une enquête) ? **500 mots maximum**.
- bibliographie indiquant les références fondamentales qui guideront l'auteur (**10 références maximum**)

Les intentions de communications seront évaluées selon la procédure habituelle dite « en double aveugle » par le comité scientifique.

2. TEXTE FINAL DE LA COMMUNICATION ACCEPTÉE

Le texte définitif devra être envoyé selon le calendrier indiqué *supra*, dans un fichier numérique au format traitement de texte (Arial corps 10, interlignage continu ; marges 2,5 cm).

Première page : titre de la communication + statut et coordonnées professionnelles de l'auteur (en cas d'auteurs multiples : mettre en premier et en gras le correspondant).

Deuxième page : résumé en français et en anglais (10 lignes maximum et 5 mots-clés)

Texte (8 000 mots maximum) .

Les communications présentées pourront ensuite faire l'objet d'une évaluation, après le colloque, en vue de la publication dans une revue à comité de lecture ou un ouvrage collectif.