



HAL
open science

Les priorités de la prise en charge financière des soins. Une approche par la philosophie du besoin

Philippe Batifoulier, John Latsis, Jacques Merchiers

► To cite this version:

Philippe Batifoulier, John Latsis, Jacques Merchiers. Les priorités de la prise en charge financière des soins. Une approche par la philosophie du besoin. 2010. hal-04140931

HAL Id: hal-04140931

<https://hal.science/hal-04140931v1>

Preprint submitted on 26 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Document de Travail

Working Paper

2010-02

Les priorités de la prise en charge financière des soins. Une approche par la philosophie du besoin.

Philippe Batifoulier
John Latsis
Jacques Merchiers



FRE 7166 CNRS

Université Université de Paris Ouest Nanterre La Défense
(bâtiments K et G)
200, Avenue de la République
92001 NANTERRE CEDEX

Tél et Fax : 33.(0)1.40.97.59.07
Email : secretariat-economix@u-paris10.fr



Les priorités de la prise en charge financière des soins. Une approche par la philosophie du besoin¹

Philippe Batifoulier, EconomiX-Paris Ouest

John Latsis, Balliol College, Oxford University

Jacques Merchiers, EconomiX-Paris Ouest

La recherche d'une réduction des dépenses publiques de santé s'inscrit dans des contextes institutionnels variés. Néanmoins, partout en Europe, s'est accentuée la contribution demandée aux patients au financement de leurs dépenses de santé. Ces politiques de partage des coûts avec le patient ciblent une consommation jugée inefficace ou injustifiée. Elles visent à recenser les types de soins ou de prescriptions qui ne doivent pas (ou moins) être pris en charge par la solidarité collective. L'identification de ce « panier » cherche à ainsi définir ce qui doit être laissé à la responsabilité individuelle et au financement privé.

Cette entreprise est périlleuse. Tracer cette ligne de démarcation et la faire accepter à la population suppose que les inégalités introduites soient légitimes. Ce débat sur l'équité en santé nécessite de travailler sur les concepts employés, qui souvent sont largement polysémiques. Ce programme de recherche prend dès lors une orientation de philosophie économique, encouragée par les résonances spécifiques de la notion de « valeurs » ou d'éthique en matière de santé. L'acuité particulière avec laquelle s'expriment les problèmes de justice (ou d'injustice) quand ils touchent la délivrance et la distribution des soins, ont fait du secteur de la santé l'un des lieux d'expression favoris de l'économie normative. En témoignent les travaux de A. Sen (2002) ou de M. Fleurbaey (2006) dédiés à la santé, l'élaboration de la notion d'extra welfarisme venant d'économistes de la santé (Culyer, 1989 ; Brouwer et al., 2008) ou les débats sur la métrique des Qaly's (mesurer la performance d'une stratégie de santé en fonction du gain en années de vie en bonne santé). L'importance de ces enjeux soulevés par les politiques publiques de santé nous semble rendre nécessaire une réflexion éthique faisant appel aux ressources conceptuelles de la philosophie morale et politique. L'économie de la santé n'ignore pas ces questions mais utilise le plus souvent deux

¹ La première version de ce texte a été présentée au séminaire "convention" (Université Paris Ouest) en mai 2008. Une version résumée a fait l'objet d'une publication en anglais dans le numéro de juin 2009 de la "Revue de philosophie économique" (Batifoulier et al. 2009). Le présent document de travail est davantage centré sur la question des priorités, en matière de politique de santé, examinée du point de vue de la philosophie morale.

notions clés, le concept d'aléa moral (dans le cadre de la théorie des incitations) et celui de besoin (dans le cadre de l'économie normative), pour fournir des justifications normatives aux politiques de financement du soin.

La notion d'aléa moral vient de l'économie de l'assurance et en particulier de l'assurance santé (Arrow, 1963). Elle développe une conception normative du patient qui appelle une réponse politique des pouvoirs publics. Associer certaines attitudes du patient à un comportement de type aléa moral conduit à le soupçonner de vouloir profiter d'une asymétrie d'information face à l'assureur. Le patient est alors perçu comme un passager clandestin en puissance qui profite de l'assurance socialisée pour développer son comportement rationnel mais source d'une perte de bien être collectif. Cette thématique du patient fraudeur fait de « l'abus » du malade, une attitude naturelle et universelle. Puisqu'il existe une relation mécanique entre l'abus de consommation médicale et la quantité d'assurance, la réduction de la quantité de couverture santé, par des co-paiements comme les tickets modérateurs doit conduire les patients à davantage de vertu. Cette représentation du patient, activée par le référentiel marchand de politique publique a montré ses limites quand elle a renforcé le dilemme efficacité/équité posé aux politiques de santé : Les mécanismes de co assurance ont pour effet indésirable d'accroître les inégalités d'accès aux soins alors que leur efficacité dans la décroissance des dépenses reste douteuse. Cette crise de crise de régulation a obligé les pouvoirs publics à apporter des correctifs à leur propre politique en exonérant certains patients des co paiements, demandés aux autres. Parce qu'ils restent prisonniers d'une conception du patient, fraudeur parce que rationnel, ces aménagements notables n'ont pas desserré le dilemme efficacité /équité dans les politiques de santé. Ces dysfonctionnements peuvent être interprétés comme une crise des fondements normatifs qui soutiennent cette vision partielle et partielle des politiques de santé.

La notion de besoin, développée très largement récemment en économie de la santé, ambitionne de réussir là où le concept d'aléa moral a échoué. En s'inscrivant dans le cadre des théories de la justice sociale et des approches issues de la philosophie morale, elle devrait permettre d'appréhender la dimension éthique du financement du soin, difficilement accessible à une économie de l'assurance. Mais si le concept de besoin a le même succès en économie de la santé que celui d'effort en économie du travail, sa définition est tout autant problématique. Inspirée du langage ordinaire, cette notion joue dorénavant un rôle crucial dans les théories et politiques de santé en ciblant les services, actes et biens médicaux qui doivent être remboursés par les fonds publics. Définir le besoin de soins du patient doit

permettre de diminuer les dépenses sans sacrifier celles qui sont nécessaires. Le besoin devient le véhicule de la définition des ordres de priorité de la politique de santé.

Si la notion de besoin est omniprésente car chargée d'organiser les inégalités légitimes en santé, elle souffre pourtant d'une pluralité de définitions qui relèvent de différentes approches. Dans une conception « welfariste », le besoin est dérivé des préférences individuelles. La déclaration individuelle du besoin informe sur la valeur que chacun accorde à sa santé. Cette conception d'un besoin subjectif est contestée par les conceptions « extra welfaristes » qui refusent de ramener le besoin au seul concept d'utilité et cherchent à définir le besoin à partir de caractéristiques objectives et quantifiables. Mais ces approches issues de la démarche standard en économie ne permettent le plus souvent qu'une forme assez superficielle et souvent discutable d'appréhension des problèmes de justification éthique et surtout des solutions à y apporter. Nous soutenons plus spécifiquement que le besoin, comme critère de justification des politiques de santé, ne peut reposer sur une liste universelle préétablie ni sur des préférences individuelles. Nous proposons au contraire une approche institutionnaliste du besoin fondée sur des processus publics de légitimation des revendications de besoin et susceptible de nourrir une conception satisfaisante de l'équité en santé. La première partie du texte présente une critique des conceptions théoriques du besoin communément mobilisées en économie de la santé pour ébaucher une approche institutionnaliste. Une telle approche est étayée par une argumentation qui mobilise la philosophie morale (partie 2) puis la philosophie politique quand elles ont cherché à donner un fondement éthique au besoin de soins (partie 3).

1. Les conceptions explicites et implicites du besoin en économie de la santé

La recherche d'une certaine forme d'égalité, si elle ne repose pas sur un égalitarisme des états de santé, (impossible à obtenir) vise à assurer une égalité dans le recours aux soins à état de santé donné (Wagstaff et VanDoorslaer, 2000 ; Williams et Cookson, 2000). Les principes de justice distributive issus de la philosophie aristotélicienne comme l'arrière plan rawlsien qui domine les politiques sociales plaident pour un traitement inégal des inégaux qui privilégie ceux qui ont l'état de santé le plus dégradé. Or, la politique publique, et la politique de la demande en particulier, créent des obstacles à l'accès aux soins pour ceux qui ont le plus

besoin : les plus malades² et les plus pauvres³. Elles souffrent dès lors d'un déficit de légitimité si elles provoquent des renoncements aux soins pour raison financière qui concourent à l'aggravation de l'état de santé de ceux qui sont déjà les plus fragiles. Cette dérive exige donc des correctifs (de type CMUC) qui cherchent à borner la contrainte budgétaire par l'objectif d'équité. L'exigence de justice nécessite donc que les inégalités introduites par la politique publique soient légitimes.

La notion de besoin permet d'instruire ce débat sur l'équité en santé. Définir le besoin de santé permet de fixer les priorités de prise en charge des soins et ainsi d'assoir la segmentation des patients (selon leur contribution financière) sur une base « éthique ». S'attarder sur la notion de besoin permet de chercher à concilier les impératifs liés à la maîtrise des coûts et à la « crise fiscale » tout en prenant au sérieux l'idéal de justice sociale dont est dépositaire la politique de santé. Mettre l'accent sur le besoin vise à traiter le dilemme efficacité/équité en santé en privilégiant l'entrée « équité » alors que le concept d'aléa moral et la théorie de l'assurance dans son ensemble privilégient l'entrée « efficacité ».

La notion de besoin permet également de remplacer avantageusement la notion habituelle de demande. On peut demander des soins et ne pas en avoir besoin et inversement : le besoin ne peut donc se confondre avec la demande exprimée par le patient ou induite par le médecin. Si l'importance donnée au concept de besoin est partagée, la façon de le définir fait débat. La polysémie du terme « besoin » peut être considérée comme un handicap mais elle permet aussi d'accéder aux différentes conceptions de l'équité en santé. Dans cette perspective, on peut opposer la subjectivité des choix individuels fondés sur les préférences à l'objectivité des besoins sociaux exprimés ou construits par l'intervention publique. Dans le premier cas, le besoin doit être exprimé par les individus eux mêmes, seuls capables de juger leur état de santé et de leur manque. Dans le second cas, le besoin est défini par des critères objectifs. Au risque d'un certain paternalisme, le besoin peut alors être indépendant de ce qu'expriment les individus.

² Le rapport sur les Affections de Longue Durée du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie en France souligne que le « reste à charge » est près de 2 fois supérieur à celui de la population générale. Il est en moyenne de 596 € dont 254 € de Ticket Modérateur pour les soins de ville et 195 € pour les dépassements d'honoraires.

³ Le rapport de la DREES « L'état de santé de la population en France en 2006 » permet de chiffrer le renoncement aux soins pour raisons financières (au cours des 12 derniers mois) à partir de l'enquête santé protection sociale menée en 2004. 10% des individus de plus de 18 ans disent avoir renoncé aux soins pour raisons financières. Le taux est maximal entre 30 et 59 ans (15%) puis diminue avec l'âge (7% pour les plus de 65 ans). Ce renoncement est fortement lié au revenu : « les renoncements augmentent de manière très sensible au-dessous d'un revenu de 2500 euros par ménage » (p. 12). Il est plus élevé chez les ouvriers et employés que chez les cadres, chez les femmes que les hommes. Il concerne pour 18% les frais de lunettes et pour 9% les soins de spécialistes. Enfin, les motifs du renoncement sont liés au « reste à charge » et l'absence de complémentaire santé est le facteur majeur pour 28% des personnes.

Cette partie cherche à établir la nécessité d'une conception fondée sur l'objectivité sociale et politique du besoin en économie de la santé. On montre d'abord que les deux gammes d'approches développées en économie de la santé –welfariste (1.1) comme extra welfarisme (1.2) – souffrent du même travers : elles épurent le besoin de toute justification morale. Pour remédier à cette difficulté, on présente (1.3) l'ébauche d'une approche institutionnaliste fondée sur une conception implicite du besoin à l'œuvre dans certains dispositifs institutionnels de santé.

1.1 Le besoin comme préférence individuelle

Puisqu'il existe de multiples conceptions d'un problème de santé à résoudre, une issue raisonnable est de laisser les individus définir leur propre besoin en matière de santé. Cette façon de procéder, naturelle en théorie économique, consiste à mettre en avant la notion de besoin individuel pour laisser ainsi aux patients le soin de juger ce qui est bon pour eux. Dans la lignée des théories welfaristes de la justice sociale qui mettent l'accent sur le libre choix, le besoin est celui qui est révélé par les individus eux mêmes quand ils sont prêts par exemple à sacrifier une partie de leur revenu pour une meilleure santé. Cette solution permet d'échapper à une définition du besoin qui serait imposée par l'Etat et briderait la liberté individuelle (Fleurbaey, 2007).

Tenir compte des préférences individuelles permet de renouer avec la stratégie welfariste pour prendre en considération les désirs des individus pour distribuer des biens rares. Cette conception met en avant la valeur que les individus accordent à leur santé et le prix à payer pour bénéficier des soins. Cette notion vise à donner un fondement normatif aux inégalités de santé en considérant qu'un jugement de valeur (la valeur que chacun accorde à sa santé) permet de départager les inégalités légitimes ou non. S'adosser aux préférences individuelles laisse à l'individu le soin d'arbitrer entre ses besoins divers et fait du patient le véritable expert de sa santé. Cette direction de recherche est en phase avec la thématique de l'*empowerment* du patient et l'accent mis sur la responsabilité individuelle (Rice, 2001, Fox et al., 2005, Batifoulier et al., 2008). Elle met le patient au centre de la politique de santé en considérant que tous les paternalismes sont indus, celui de l'Etat comme celui des médecins. Seul le patient doit avoir l'apanage de la définition du besoin car imposer une définition du besoin à un individu va à l'encontre de sa liberté. Dans ce cadre, les politiques sociales n'ont pas à s'immiscer dans le libre choix de l'individu mais doivent permettre ce libre choix (Elbaum, 2008).

Le besoin de santé se mesure alors par la perception subjective de l'état de santé⁴. La modulation de la prise en charge devrait être justifiée par des besoins, qui expriment eux-mêmes des états de santé perçus différenciés. La distribution des soins doit alors respecter les besoins individuels pour corriger les inégalités et rechercher l'adéquation des besoins de santé à la distribution des soins.

Cette approche du besoin s'inscrit dans la tradition de l'économie normative du bien être en mettant en avant les fonctions d'utilité, l'autonomie et la satisfaction des préférences. Un besoin personnel, individuel et non détachable des personnes réhabilite en effet l'hétérogénéité des fonctions d'utilité. Il va à l'encontre d'une politique qui viserait à standardiser le besoin de santé et qui pourrait conduire à une définition de l'équité où la distribution des soins serait celle où tous les individus sont soignés comme l'individu moyen.

Traiter la préférence comme une expression du besoin met au premier plan la subjectivité du besoin et des valeurs. Cette conception conduit à revisiter la lutte contre les inégalités en santé en limitant l'intervention publique aux inégalités dont les individus ne sont pas responsables.

En effet, si la préférence exprime le besoin, une politique publique axée sur le besoin va privilégier les individus qui accordent une grande importance à leur santé. Décliner le besoin individuel en termes de préférences individuelles modifie le champ des inégalités légitimes et la mission de la politique publique. Dorénavant, l'équité n'exige pas seulement d'éliminer les barrières de revenus ou d'éducation⁵. Elle nécessite aussi de tenir compte des styles de vie et du poids que chacun accorde à sa santé.

On peut alors être conduit à privilégier les personnes à hauts salaires ou à haut niveau d'éducation qui « investissent » dans la santé, à l'inverse des plus pauvres qui peuvent minorer l'importance de la santé. Alors que les politiques publiques visent à combattre la pauvreté, cette approche par les préférences individuelles peut conduire à déconnecter indirectement besoin de soins et pauvreté en insistant sur l'investissement individuel dans la santé dans la lignée des théories du capital santé⁶.

⁴ D'un point de vue méthodologique, les enquêtes demandent le plus souvent aux individus de se situer leur état de santé sur une échelle variant de « très mauvais » à « très bon ».

⁵ Le défi « ordinaire » des politiques de santé européennes est de combler l'écart entre les besoins que l'on retrouve chez les « pauvres » et les recours au médecin et notamment les séances de médecins spécialistes que l'on retrouve chez les « riches » ainsi que le montrent les courbes de concentration, notamment dans le cadre des travaux du réseau Ecuity.

⁶ La théorie du capital santé (Grossman, 1972) endogénéise l'état de santé du patient en supposant l'existence d'un stock de santé, sujet à dépréciation mais qui est capable d'être amélioré ou maintenu par des investissements sanitaires. Chaque

Ce renversement possible des priorités de la politique publique cherche sa justification dans l'hétérogénéité des fonctions d'utilité. L'impératif de justice est associé ici à la volonté des individus et à l'importance que chaque acteur rationnel accorde à la santé (Huber, 2008). Les inégalités de consommations de soins en fonction du revenu, pour un état de santé donné, peuvent alors être justifiées si elles émanent des préférences individuelles (Rochaix et Tubeuf, 2009). Ainsi, une modulation de la distribution des soins pourra être considérée comme équitable si elle tient compte de l'hétérogénéité des fonctions d'utilité.

Une telle conception peut être modulée et assouplie par la prise en compte du critère rawlsien de priorité aux moins favorisés. On définit alors le besoin par les préférences individuelles mais sous contrainte de maximin rawlsien. Dans cette perspective qui est développée par M Fleurbaey, on distingue un besoin de santé capté par les préférences individuelles à l'intérieur des groupes socioéconomiques et non entre groupes (Fleurbaey et Schokkaert, 2009). Le Revenu Equivalent Santé (Fleurbaey, 2007) vise à remplir cet objectif. Ce revenu est une grandeur contrefactuelle définie comme le revenu qu'une personne en mauvaise santé accepterait pour être débarrassée de ses problèmes de santé. Il mesure la préférence de l'individu pour la santé tout en tenant compte des revenus les plus faibles. Les individus qui ont le revenu équivalent-santé (RES) le plus bas doivent être privilégiés⁷. Il s'agit ainsi d'adapter le critère rawlsien de priorité aux plus défavorisés en tenant compte des arbitrages individuels fondés sur les préférences. En cherchant une réponse à la question : combien pour ne pas être malade ?, on cherche à identifier les plus défavorisés à partir de la corrélation revenu santé.

1.2 Vers une conception objective du besoin : l'extra welfarisme

Cette approche par les préférences individuelles souffre de nombreuses insuffisances. Elle suppose notamment que les individus soient bons juges de leur état de santé et que la santé déclarée corresponde à la « vraie santé ». Or, la littérature fait état de différences importantes de déclaration individuelle d'état de santé selon les groupes sociaux et à état de santé comparable (Etilé et Milcent, 2006). Cette hétérogénéité sociale de déclaration perturbe la

individu dispose à la naissance d'un capital santé, composante du capital humain, qui se dégrade avec le temps. La santé est alors considérée comme un bien durable, l'individu géant jusqu'à sa mort, l'obsolescence biologique. Il cherchera alors à déterminer, tout au long de son cycle de vie, son stock désiré de santé, sous contrainte de revenu et de temps. Dans cette perspective, il va investir en soins sur le marché des services médicaux pour ajuster le stock effectif au stock désiré. L'état de santé résulte, dans cette approche, d'un choix rationnel. Les individus en bonne santé sont ceux qui ont investi davantage, compte tenu du capital de départ.

⁷ Par exemple, si un individu au revenu de 1500 euros est prêt à sacrifier 400 euros pour être en bonne santé alors son RES est de 1100 euros. Un autre individu au revenu de 1000 euros reste prioritaire même s'il n'est pas prêt à sacrifier un seul euro pour sa santé

mesure des inégalités sociales de santé. La perception de l'état de santé et l'aspiration à une meilleure santé sont affectées de biais liés aux caractéristiques sociales et démographiques (âge, sexe, profession, éducation, etc.). Ces problèmes de mesure de la santé « vraie » conduisent à des sur-déclarations des maladies chroniques des personnes âgées, des personnes à hauts revenus ou ayant un niveau d'études supérieures. A l'inverse, les personnes peu diplômées ou les étudiants minorent leur mauvaise santé perçue (Devaux et al., 2008). De même, les besoins de prévention sont peu exprimés par les individus. Devraient-ils alors être considérés comme non prioritaires au nom de la mise en avant les préférences individuelles déclarées (Cases et Baubeau, 2004) ?

Ces résultats empiriques montrent que les préférences individuelles ne peuvent exprimer totalement le besoin de soins. Ils révèlent que pour un état de santé donné, considéré comme « vrai », les individus mobilisent différents points de référence en répondant à la même question. Le constat empirique rejoint alors les conclusions des travaux théoriques et notamment ceux de Sen (1993) sur les préférences adaptatives. La santé auto évaluée des plus pauvres peut souffrir d'un biais du fait d'une norme de santé plus basse (Tessier, 2009). Les préférences sont aussi influencées par la culture et les institutions (Bowles, 1998, Jan, 1998) et sont en outre perméables à des biais cognitifs (Kahneman, Slovic et Tversky, 1984). Les personnes interrogées ne sont pas certaines de leurs préférences (Tessier, 2005).

De façon générale, les individus peuvent ne pas préférer ce dont ils ont besoin et avoir besoin de choses qu'ils ne désirent pas. Il existe ainsi de solides présomptions pour que les individus puissent méconnaître ce qui est bon pour eux. Il faut alors corriger les effets des jugements individuels, ce qui peut alors aboutir à un retour au paternalisme d'Etat ou du médecin si les préférences ne reflètent pas de véritables choix de vie. Les interprétations subjectives du besoin de santé appellent souvent des corrections objectives, faisant appel à un expert (médecin ou autre) qui va estimer le besoin réel à partir des préférences déclarées.

Comment dès lors transformer ce faisceau de critiques d'une approche subjective du besoin en une véritable approche objective du besoin ?

On trouve chez Sen (1993) un certain nombre d'arguments pour considérer que certaines composantes du bien être sont objectives parce qu'elles correspondent à des besoins fondamentaux au sens où il serait possible de se mettre d'accord pour estimer que chacun doit pouvoir arriver à de tels résultats (être bien nourri, être en bonne santé, être respecté, etc.)

alors que d'autres correspondent aux buts particuliers des individus. Cette analyse lui permet de prendre ses distances avec la notion de bien premier chez Rawls (1973) ou avec l'utilitarisme à partir de son argument bien connu : des personnes ayant les mêmes ressources ne seront pas capables de les convertir également en libertés réelles, du fait de la variabilité des capacités des individus à utiliser ces ressources (Merchiers, 2007, Leseur, 2005)

L'appui sur la théorie de Sen a conduit au développement d'un courant extra welfariste en économie de la santé qui a contesté les approches basées uniquement sur les préférences pour mettre l'accent sur les dimensions du bien être qui ne correspondent pas uniquement à l'utilité (Culyer, 1989 ; Brouwer et al., 2008). Le besoin est ciblé sur des caractéristiques objectives, factuelles et mesurables, qui définissent la santé. Alors que l'utilité est dérivée de la satisfaction des préférences, pour l'extra welfarisme, le besoin est dérivé de caractéristiques objectives qui visent à produire de la santé.

Cette objectivisation promeut un critère d'efficience qui conditionne le besoin à la capacité à bénéficier des soins. Dans cette perspective, le critère de « capacité au bénéfice » privilégie les conséquences du traitement et mesure le besoin en termes de gain de santé (Culyer, 1995, Cookson et Dolan, 2000). Cette approche conduit à valoriser les méthodes de type coût-bénéfice. Ainsi, la définition d'un état de santé normatif pourra s'appuyer sur un critère général comme le Qaly⁸ (*quality adjusted life years*) qui agrège le nombre d'années de vie gagnées avec la qualité de vie associée à ces années de vie.

Ces analyses de type coût-utilité soulèvent beaucoup d'objections morales quand on les applique à une large gamme de situations. L'ampleur du débat sur les Qaly's en témoigne. Un indicateur unique et mesurable est incapable de saisir la diversité des idées morales en matière de justice distributive appliquée à la santé. Il achoppe alors sur la définition des ordres de priorités. Par construction, le score en termes de qualité de vie (à état de santé donné) est invariant selon les individus. En ce sens, ces comparaisons "objectives" requises par ces politiques de rationnement sont aveugles aux considérations d'équité.

Le raisonnement conséquentialiste commun aux approches welfariste et extra welfariste ne permet pas d'apporter des réponses satisfaisantes aux nombreux problèmes d'équité (Hurley,

⁸ 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 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.

2000, Mooney, 2005; Davis & McMaster, 2007). L'idée selon laquelle la valeur de la vie humaine puisse être mesurée, de manière à définir des métriques à vocation universelle, suscite de nombreuses résistances et contestations⁹. Les analyses économiques qui cherchent à objectiver le besoin de soin se heurtent ainsi à de nombreuses critiques de nature éthique qui incitent à 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 la délivrance et la distribution des soins.

1.3 Une approche normative implicite du besoin

A l'issue de cette brève présentation, le débat sur le besoin en santé semble être formaté par deux conceptions opposées. Selon l'approche par les préférences, le besoin relève de la compétence individuelle. Il doit être associé à la valeur que chacun donne à sa santé. Dans ce cas, il existe autant de conceptions du « bien » (ou du « bon » besoin) qu'il y a d'individus. Selon l'approche extra welfariste, la satisfaction des préférences ne suffit pas à mesurer le bien-être. Les difficultés de définition d'un besoin individuel plaident pour une mesure objective qui devient l'unique étalon de ce qui est « bien ». Les critères forgés se veulent alors universalistes et ne tiennent pas compte de l'aspect multidimensionnel de l'équité.

Ces deux gammes de solutions significatives de la démarche standard en économie - welfariste comme extra welfariste- épurent le besoin de toute justification morale. Pour l'approche welfariste fondée sur les préférences individuelles, la préférence fournit par elle-même la justification éthique. C'est la valeur (le prix) que les individus accordent leur santé qui doit être prise en compte. Pour l'approche extra welfarisme du besoin, la satisfaction du besoin n'en appelle pas aux justifications éthiques. L'objectivité du besoin repose, au contraire, sur son détachement par rapport aux jugements de valeurs éthiques.

Les difficultés d'une tentative de réduction du besoin à des préférences individuelles incitent à rechercher une définition du besoin fondée sur des caractéristiques objectives et quantifiables sans perdre de vue que l'objectivité du besoin ne peut se définir par son insensibilité aux valeurs auxquelles sont attachés les individus. Construire une telle approche conduit à réexaminer la spécificité des intuitions éthiques dans le domaine de la santé. Cependant,

⁹ Ces critiques sont bien connues en économie de la santé. B Dormont (2009, p. 57) donne une réponse à cette inquiétude : « Un tel projet peut sembler choquant et réducteur. Mais il faut bien comprendre que c'est la seule voie pour mesurer l'apport des dépenses de santé et le comparer avec d'autres productions bien visibles dans le PIB. C'est aussi le seul moyen de rendre explicites les critères utilisés pour la décision publique. En l'absence de cet outil de mesure, les arbitrages sont quand même rendus – ils le sont toujours – avec des critères improvisés qui peuvent être extrêmement contestables ».

mettre en avant les idées morales pour définir les besoins est malaisé car la grande généralité des concepts moraux ne permet pas d'arbitrer entre des besoins concurrents. Pour autant, la justification des règles de priorité en matière de couverture et d'accès aux services de santé et à la technologie s'appuie sur des idées morales. Une première étape d'une construction institutionnaliste du besoin consisterait alors à identifier ces idées morales incorporées dans différentes configurations institutionnelles de distribution des soins.

Bien que ces idées morales soient diverses, il semble néanmoins possible d'en dresser une typologie. Hasman et al. (2006) proposent 3 spécifications du besoin de soins en s'appuyant sur 3 critères de justice à appliquer pour justifier les interventions de soin.

- Le critère du plus malade qui repose sur un classement ordinal des états de santé et un seuil d'intensité de la maladie (ou de handicap). Le besoin est alors d'autant plus grand que l'état de santé initial est dégradé. C'est un droit moral reposant sur le désir commun de repousser la mort le plus possible à condition de laisser la décision au patient. A partir de ce réquisit moral, il est possible de fixer un seuil qui sépare les *worst off patients* des autres pour lesquels les interventions ne sont plus considérées comme des besoins.
- Le critère du minimum de santé normalement requis. L'objectif est d'élever le patient jusqu'à un état de santé minimal prédéfini, nécessaire pour participer « normalement » à la vie sociale. Ce critère fait appel à l'intuition selon laquelle la participation à la vie sociale est le but ultime de l'existence humaine.
- Le critère de l'amélioration pertinente. L'intervention requise est considérée comme un besoin si elle conduit à une amélioration quantitative de l'état de santé supérieure à un seuil arbitraire (nombre d'années à vivre, à vivre sans incapacité, etc.) mais qui doit être quantifiée. Ce raisonnement en termes de « *degree of health care* » s'appuie sur une amélioration relative (et non absolue) de l'état de santé, ce qui suppose une mesure (échelle) cardinale et non ordinale. Ce critère repose sur l'intuition que l'individu doit avoir la capacité de jouir de façon significative de l'amélioration pour la revendiquer comme un besoin.

Ces trois critères peuvent servir à illustrer la définition des priorités de l'action publique. Ils sont combinés différemment pour définir les stratégies de santé en Europe. Les cas de la

France et du Royaume Uni, qui ont deux systèmes de santé très différents¹⁰, en fournissent des illustrations. La comparaison de ces deux pays (tableau 1) montre que la définition du besoin n'échappe pas à des principes moraux communs. Mais elle est aussi spécifique et située, du fait de logiques historiques et institutionnelles différentes. La mise en institutions de ces intuitions morales est diversifiée.

Avec l'existence d'une liste de 30 pathologies exonérant le malade du paiement d'une co-assurance (« ticket modérateur »), le premier critère est explicite en France depuis l'origine du système alors qu'il n'est qu'implicite au RU, l'urgence étant une condition de la dispense de l'attente à l'hôpital.

Tableau 1. Spécifications du besoin. Une comparaison France / Royaume Uni

Prioriser selon le	Royaume Uni Système national de santé	France Système d'assurance
Critère du plus malade	Uniquement en urgence	Liste positive de 30 maladies : les affections de longue durée
Critère du minimum de santé normalement requis	Allocation « descendante » du NHS	Couverture Maladie Universelle complémentaire (seuil défini par le revenu)
Critère de l'amélioration pertinente	Listes négatives nationales de médicaments ; listes positives locales complémentaires « guidances »	Listes positives des médicaments remboursables (notion de service médical rendu) Recommandations de bonnes pratiques

Le second critère va prioriser les individus selon leur niveau de revenu. En France, la couverture maladie universelle complémentaire ambitionne d'accorder la gratuité des soins (dispense d'avance des frais) sous conditions de ressources. Au RU, le critère social est directement intégré dans la formule de calcul de l'allocation budgétaire descendante du NHS,

¹⁰ La part des dépenses de santé en France est jugée trop élevée avec 11.1 % du PIB en 2005 (5.4 % en 1970). Au Royaume Uni, les dépenses sont plutôt faibles (8.3 % du PIB en 2005 et 4.5 % en 1970) dans la mesure où la moyenne OCDE est de 8.8 % (2003). Dans le premier cas, la notion de besoin de soins a pour objet de maîtriser les dépenses, dans le second, elle sert à rationaliser le rationnement. Le système de santé français (Sécurité Sociale) organise un retrait ciblé de l'assurance de base. La construction du panier de soins définit les droits des assurés. Dans le système britannique (NHS), le budget de la santé est alloué au niveau du budget central. La notion de besoin est instrumentalisée pour guider le rationnement de soins et fixer des priorités, dans un contexte où les files d'attente pour les soins hospitaliers non urgents constituent une carence du système. Ce bridage de la qualité a conduit à développer le plan NHS 2000 visant à un guidage plus fin et moins restrictif du rationnement. Définir le besoin va servir à fixer les devoirs et obligations des services nationaux. Les deux pays pratiquent des politiques de co-assurance (ou ticket modérateur) qui abandonnent aux assurés une part croissante de leur dépense de santé. La part publique diminue au RU (83% contre 87 % en 1970) mais les versements des ménages sont faibles. En France, la part publique est stable 76% (contre 75.5% en 1970) et les versements des ménages plutôt élevés avec 10 % de la dépense de santé.

du ministère de la santé vers les 304 entités régionales « *primary care trust* » qui perçoivent des ressources en fonction d'un indice multicritère tenant compte de critères sanitaires mais aussi du revenu de la population ou de son niveau d'éducation.

Le dernier critère est mis en application par les agences que sont la Haute Autorité de Santé (HAS) française ou le National Institute for Clinical Excellence (NICE) au RU. Il prend la forme de listes ou catalogues fixant le nombre et la nature des biens et services couverts ainsi que la fraction du prix pris en charge (Velasco-Garrido et al., 2006). La publication de listes de médicaments sert de base aux déremboursements. Au RU, ces listes sont négatives, noires (les médecins ne peuvent pas prescrire dans le cadre du NHS) ou grises (prescription uniquement pour certains patients). En France, la notion de « service médical rendu insuffisant » diminue (ou annule) le taux de prise en charge publique.

La politique de prise en charge prend également la forme de guide de pratiques et de protocoles médicaux qui se nourrissent du courant de l'*evidence based medicine* (la médecine fondée sur les preuves). Ces référentiels prennent la forme de « *guidances* » au RU et de recommandations de bonnes pratiques en France. Ils cherchent à promouvoir une évaluation des stratégies de santé sur la base d'un rapport coût efficacité. L'insistance sur le résultat (bénéfice) suppose une mesure statistique faisant appel aux méthodes du calcul économique.

Ces méthodes sont particulièrement bien adaptées au cas du RU où le budget alloué à la santé est fixe (ce n'est pas le cas en France). C'est pourquoi, les « *qaly* » (*quality adjusted life years*) y sont mis en pratique (Cf. supra). Ils visent à permettre la comparaison entre différentes stratégies de soins du point de vue des bénéfices attendus. Le résultat d'une stratégie de soins (par rapport à une autre) est mesuré en durée de vie pondérée par la qualité de vie. 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.

Cette comparaison France/Royaume Uni montre que les dispositifs institutionnels qui portent les règles de priorité en matière de santé se nourrissent d'idées morales. Les arrangements institutionnels sont différents selon l'histoire des pays mais combinent un nombre limité de critères qui vont privilégier l'urgence médicale ou sociale, la sévérité de la maladie ou bien l'efficacité du traitement.

Ces critères visent à éviter les comparaisons interpersonnelles et les redoutables « dilemmes éthiques » (du type privilégier le traitement d'une maladie grave peu répandue ou une maladie moins grave plus répandue ou tel patient avec telle maladie et tel âge par rapport à un autre patient plus vieux ou plus jeune, etc.). L'appui sur des ressources morales qui se veulent largement partagées permet d'éviter que la distribution des soins soit soumise à une comparaison d'utilité individuelle.

Cependant, ces idées morales peu explicites sont insuffisantes pour établir une politique de santé car elles ne permettent pas de justifier les seuils définissant par exemple le degré de sévérité d'une maladie, le degré de pauvreté d'un patient ou le niveau de gains de santé amené par un traitement. Ces seuils réintroduisent implicitement les comparaisons d'utilité individuelle auxquelles on voulait échapper. Les décideurs fixent les seuils (de longue durée de maladie, de gravité, de revenu, de résidence, d'éducation, de qualité ou de confort, etc.) à partir desquels certaines personnes et pas d'autres verront leurs problèmes de santé traités comme des besoins prioritaires.

Dés lors, il est vain de vouloir définir un critère explicite et général de besoin en santé. Les critères d'équité ne peuvent être hiérarchisés définitivement. Leur opérationnalité et la recherche de consensus requièrent l'ajout d'autres critères comme l'âge ou le rôle social qui visent à éviter la co-existence de plusieurs significations concurrentes et conflictuelles du besoin. Mais ces nouveaux critères ajoutés aux précédents requièrent à leur tour un ordre lexicographique (Baertschi, 2002). L'introduction des idées morales dans les ordres de priorité ne peut faire l'économie d'une élucidation de ces idées ni des réflexions sur la mise en œuvre d'un processus politique d'arbitrage.

2. A la recherche d'un fondement éthique du besoin

En mobilisant le courant de la « philosophie du besoin », cette seconde partie cherche à apporter des éléments d'argumentation à une élucidation des idées morales qui animent la fixation des ordres de priorité dans la prise en charge financière du soin.

En matière de santé, on oppose souvent la subjectivité des choix individuels fondés sur les préférences à l'objectivité des besoins sociaux exprimés ou construits par la société pour en déduire une argumentation de nature morale ou politique propre à justifier les politiques publiques de santé. L'alternative du choix individuel ou de l'intervention publique mène en fait le plus souvent à des politiques mixtes qui tentent d'établir des compromis entre divers

impératifs d'équité, d'efficacité, de liberté individuelle ou de pragmatisme social. Ce que l'on peut reprocher à une telle approche n'est pas de vouloir concilier des principes opposés issus de philosophies morales ou politiques bien établies mais de ne pas se situer au bon niveau de conceptualisation, celui d'une analyse du besoin, dont on ne fait l'économie qu'au risque d'importer dans la théorie des présupposés contestables. On peut penser avec David Wiggins (2005) que la liste de biens primaires définie par Rawls tombe sous le coup de cette critique. A l'inverse, Sen reproche aux analyses fondées sur le besoin d'en rester à des généralités, faute de fournir une liste des fins ultimes que toute philosophie de la vie bonne, du bien-être ou de l'utilité sociale devrait chercher à établir. Mais l'on peut se demander, comme Soran Reader (2006) si les mêmes raisons qui empêchent Sen d'établir une liste définie de capacités ne devraient pas l'empêcher de porter cette critique. Il n'en reste pas moins que la notion de besoin et particulièrement de besoin de santé semble impliquer une dimension de nécessité qu'il est facile d'assimiler à une sorte de naturalité génératrice d'inquiétude. Pour dissiper cette inquiétude, des travaux récents dans les champs de la philosophie morale et de la philosophie politique tentent de réexaminer la question de l'objectivité des besoins en se distanciant de l'apriorisme des listes (universelles) soit, comme Wiggins au moyen d'une analyse substantielle du concept de besoin¹¹, soit comme on le verra dans la partie suivante avec Hamilton, en développant une approche institutionnaliste de la genèse des besoins. On montrera que d'une certaine manière, par les connections qu'elle établit entre besoin, désir et préférence, l'analyse de Wiggins préfigure celle d'Hamilton tout en demeurant prisonnière d'une conception du besoin qui, malgré sa proximité originelle avec le besoin de santé¹² reste relativement muette sur l'évolution contemporaine de cette catégorie de besoins.

On peut caractériser l'approche de Wiggins comme une tentative de construction d'une typologie des besoins relativement abstraite mais qu'il semble possible d'appliquer à certaines situations réelles dans le domaine de la santé. L'intérêt de sa démarche réside dans la liaison qu'il établit entre la dimension objective de son concept de besoin (2.1) et la justification qui en résulte lorsqu'on revendique la satisfaction de certains besoins considérés comme vitaux (2.2)

¹¹ Il aborde cette question dans deux ouvrages, l'un traitant à la fois d'éthique et de métaphysique (1987) et l'autre rassemblant ses vues sur l'éthique et la philosophie morale (2006), ainsi que dans une contribution à un ouvrage collectif récent, (S. Reader, 2005) manifestant le renouveau des études sur ce thème.

¹² Comme en témoigne son article de 1987 avec Dermen dans le *Journal of Medical Ethics*.

2.1 Objectivité et variabilité des besoins

Le besoin apparaît intuitivement comme l'expression d'une exigence de l'individu fondée sur quelque chose de plus fort que son simple désir ou ses préférences. Avoir besoin de quelque chose n'est pas la même chose que la désirer puisque je puis désirer quelque chose sans en avoir besoin et conversement. Wiggins explique cette intuition par le fait que désirer une certaine chose n'implique pas que la chose possède les propriétés pour lesquelles je la désire. Le besoin possède une dimension objective que ne possède pas le désir ou la préférence parce qu'il fait référence au monde tel qu'il est et pas simplement aux croyances, désirs ou préférences qui me sont propres. Lorsqu'on considère que les besoins se réfèrent à un objet recherché, cet objet n'est pas nécessairement manquant- on a besoin de l'air que l'on respire sans nécessairement en manquer - et lorsqu'il manque, ce manque peut être plus ou moins ressenti. Mais le besoin ne possède cette dimension objective que lorsqu'on se réfère à son objet. Par contre, l'utilisation dans le langage courant du mot « besoin », fait référence à des états du sujet -être dans le besoin ou être dans l'état de désirer- qui sont des états subjectifs de même nature. L'importance de cette distinction est mise en lumière par Reader (2006, pp 342-343) qui remarque que la notion d'objet du besoin doit être prise en un sens large, au sens de ce qui satisfait un état (d'où l'utilisation du terme anglais de *satisfier* pour le désigner, terme que l'on retrouvera aussi chez Hamilton) et ne se réduit pas à un bien matériel ou à un service car il peut aussi s'agir de développer une capacité telle que se maintenir en bonne santé en effectuant telle ou telle activité.

Lorsque nous exprimons un besoin de quelque chose, c'est la plupart du temps pour une raison particulière, celle d'atteindre un but qui est lui-même moyen pour un autre but - besoin d'argent pour acheter un médicament, besoin d'un médicament pour échapper à la douleur, etc. L'objet du besoin (l'argent dans le premier cas, le médicament dans le second) est un instrument pour atteindre l'objectif désiré. C'est le sens habituel et instrumental du concept dans lequel le besoin spécifie un moyen pour une fin si bien que tout énoncé de besoin n'a de force que conditionnellement à cette fin. On peut alors alléguer que celui qui énonce ce besoin revendique en fait autre chose qui ne semble pas nécessaire et rejeter sa revendication de besoin. Si le besoin indique un moyen pour une fin, il semble n'y avoir aucune limite à la recherche de cette fin de sorte que la justification d'une revendication de besoin peut toujours être repoussée ou considérée comme de même nature que la justification d'un désir ou d'une préférence.

Pour dépasser la difficulté de cette vision purement instrumentale du besoin, Wiggins développe une conception substantielle du besoin qui complète la vision instrumentale en ajoutant l'idée de nécessité à l'objectivité. En ce sens, avoir besoin de x est un état tel qu'il exige nécessairement de posséder x afin d'éviter un déplaisir, un mal, une nuisance ou un tort spécifique. L'appel à l'évitement de la souffrance est sémantiquement présent dans le sens substantiel du besoin et il n'est plus nécessaire de fournir une raison ou une fin supplémentaire comme l'exigerait l'usage instrumental du terme. Si l'on réduit le besoin à un usage instrumental, il n'y a aucune raison de le distinguer de la notion de préférence et il y a au contraire toutes les raisons de reformuler les énoncés en termes de besoin en énoncés en termes de préférences.

Or, l'une des raisons pour lesquelles la préférence semble incapable de fournir des justifications dans un domaine où le besoin le permet réside dans la trop grande généralité du concept de préférence. S'il est possible de construire une notion de besoin vital comme le propose Wiggins, il n'y aurait pas de sens à parler de préférence vitale. Cette notion de besoin se révèle certes beaucoup plus restrictive que celle de préférence mais cette diminution de la portée du concept est précisément la raison pour laquelle il est adapté à notre objectif de justification morale. En séparant ce qui a trait à l'état de l'individu de ce qui a trait à l'état de choses plus général dans lequel l'individu est placé, il devient possible de soumettre à discussion cette dimension de la nécessité et de faire apparaître le caractère contextuel et la variabilité du contenu de besoin substantiel. La nécessité est fondée à la fois sur la revendication de l'individu d'éviter la souffrance et sur l'absence d'alternatives de sorte qu'il peut véridiquement énoncer qu'il lui est impossible de se passer de l'objet de son besoin. On ne peut alors contester sa revendication qu'en relativisant son état (ça va passer, ce n'est pas très grave ou pas suffisamment pour être pris en charge par la collectivité, etc.) ou en contestant l'absence d'alternative (il est possible d'éviter ce mal en faisant autrement qu'en satisfaisant tel besoin).

Comme le souligne Wiggins, l'idée de mal, de souffrance ou de nuisance est toutefois susceptible d'une grande variabilité. La souffrance est une notion sujette à quantification puisque elle est plus moins forte. Parmi tous les futurs possibles, la classe de ceux dans lesquels la personne échappe à la souffrance tout en ne disposant pas de l'objet de son besoin dépend du jugement que l'on porte sur le degré de souffrance acceptable. Pour saisir ce trait, il semble commode d'utiliser la notion de seuil. Plus le seuil est bas, plus la classe des alternatives acceptables est étendue et plus il est difficile pour une revendication de besoin de

compter pour vraie. La notion de seuil explique par exemple que l'on puisse envisager de substituer à l'objet x du besoin un objet x' plus facilement disponible mais générateur d'une souffrance située en deçà du seuil. Mais cette notion est surtout utile pour définir certaines catégories de besoins plus fondamentales : les besoins enracinés, les besoins de base et les besoins vitaux.

Certains besoins que l'on peut qualifier de besoins enracinés (*entrenched*, cf Wiggins and Dermen 1987, p. 65) sont des besoins qui sont plutôt insensibles aux modifications de seuil parce que quelque soit la façon dont on le fixe, il n'est pas possible pour des raisons morales de considérer comme acceptable la souffrance de la personne privée de l'objet de son besoin. Cependant, un besoin enraciné à court terme peut perdre cette propriété dans le long terme lorsque la privation de l'objet du besoin peut être envisagée sans souffrance à long terme par des modifications graduelles de l'état de chose actuel. Par contre, l'absence d'alternatives renvoie à l'idée qu'il n'existe pas de changement possible de l'état actuel qui permettrait d'éviter la souffrance sans satisfaire le besoin revendiqué. Les futurs dans lesquels la personne échappe à la souffrance bien que le besoin ne soit pas satisfait sont exclus du fait de lois de la nature, de contraintes environnementales ou de faits relatifs à la constitution humaine, physiques ou psychologiques ou encore de ce que l'on estime socialement possible. De tels besoins sont qualifiés de besoins de base (*basic*). Les besoins de santé constituent une classe de besoins à laquelle les analyses précédentes s'appliquent le mieux. Les besoins de santé sont profondément enracinés, peu substituables et basiques en vertu de faits physiologiques ou psychologiques. Pour cette raison, on peut les qualifier de besoins vitaux (*vital needs*).

Cependant, il est important de remarquer que la notion de souffrance, de nuisance ou de tort qui appartient au concept substantiel de besoin demeure dans le cas des besoins de santé essentiellement discutable (*essentially contestable*,) du point de vue de son contenu. Cela reste vrai même dans les cas les moins controversés de jugement médical, ne serait-ce qu'en vertu de l'autonomie que l'on doit reconnaître au patient concernant sa vie future et ce qu'il est prêt à subir pour un bénéfice réel ou supposé, etc. L'objectivité de ces besoins vitaux doit alors être déterminée à la lumière de ce qui apparaît être les meilleures idées politiques et morales disponibles en la matière¹³.

13 Le critère en matière de jugement moral est alors tout simplement l'idée qu'il n'y a rien d'autre à penser à propos d'un énoncé moral vrai ou peut-être qu'il est impossible de penser autrement si l'on se soucie de demeurer dans le domaine de la moralité qui est celui des exigences que l'on ne peut abandonner (*the sphere of the unforsakeable*, Wiggins 2006, 329) parce qu'elles sont fondées sur la diversité des idées morales disponibles. Cette impossibilité de ne pouvoir penser autrement vaut

2.2 Le besoin de santé comme exemple paradigmatique du besoin vital

Ces idées s'expriment à notre époque à travers la constitution de systèmes de santé institutionnalisés qui organisent la distribution des soins de façon à contribuer à la satisfaction du besoin de santé¹⁴.

En effet, si la santé est un besoin vital universel, les besoins de soins médicaux de santé ont des propriétés particulières qui font peser sur le secteur de la santé des contraintes fortes et spécifiques qu'on ne trouve pas dans d'autres sphères d'activité. C'est une des raisons de traiter la question de leur distribution d'un point de vue local et non global comme le montrent certains auteurs qui s'appuient sur la notion de besoin pour analyser ce domaine. L'analyse d'économie institutionnaliste de Hodgson (2008, 2009) nous semble constituer un bon point de départ pour l'analyse du besoin de soins. Cependant, elle ne nous semble pas suffisante pour élaborer un fondement éthique aux revendications concernant la manière dont les systèmes de santé répondent aux besoins de soins.

Selon Hodgson, l'une des spécificités du système de santé est que l'on peut exprimer les revendications (d'une meilleure santé, etc.) en termes de besoin et pas seulement de préférences. Une analyse fondée sur le besoin est justifiée pour des raisons économiques et éthiques. Comment définir tout d'abord les limites d'un système de santé face à la diversité des politiques publiques ayant des conséquences dans le domaine de la santé ? Les approches postwelfaristes ne fournissent que peu d'éléments sur ce point même si Sen (2009) remarque que l'équité en matière de santé doit faire appel à une analyse multidimensionnelle prenant en considération la diversité des arrangements sociaux.

Comme celle de Wiggins, l'approche d'Hodgson est fondée sur un concept objectif de besoin. Hodgson accepte la distinction des désirs et des besoins et affirme que le besoin de santé est fondé sur l'évitement de la souffrance physique et mentale en un sens très large incluant la souffrance provenant d'effets sociaux néfastes. Si le besoin de santé est objectif et universel, les besoins de soins de santé qui sont satisfaits par l'intermédiaire de professionnels varient énormément dans le temps et l'espace¹⁵. Comment distinguer les besoins mineurs des besoins

pour n'importe quel individu se maintenant dans la sphère morale et ne renvoie pas aux limitations contingentes d'une situation sociale spécifique.

¹⁴ Le soin n'intervient que pour partie dans la santé des individus. L'état de santé est aussi lié à la nutrition, l'hygiène, les conditions de travail, etc.

¹⁵ Hodgson propose de limiter son analyse aux services médicaux dans lesquels interviennent des professionnels spécialisés. En effet, la santé est étroitement reliée à des questions de survie, de mobilité et d'autonomie qui rendent plus évidente que pour d'autres besoins comme l'éducation la souffrance résultant de leur insatisfaction. Mais contrairement à d'autres besoins

objectifs indépendants des préférences ? Hodgson pense de façon générale que cette distinction a un fondement intuitif parce que beaucoup de besoins objectifs sont évidents.

L'un des traits caractéristiques du besoin de santé est d'être dans la plupart des cas indépendant de la volonté et de la responsabilité de ceux qui l'éprouvent, on ne choisit pas d'être malade ou d'avoir un accident (l'élément de responsabilité existe cependant dans une certaine mesure pour les conduites à risque, cf par exemple la recherche sur l'addiction qui cherche à l'évaluer). C'est aussi un besoin relevant en bonne partie du hasard et donc inégalement distribué à l'inverse des besoins de nutrition ou d'éducation qui sont distribués de façon plus homogène dans une population déterminée (avec bien sûr de grandes différences entre populations).

En raison de ces caractéristiques de complexité, d'hétérogénéité et d'incertitude, les soins de santé sont distribués à travers des systèmes de santé constitués de combinaisons complexes d'acteurs publics et privés opérant avec des degrés variables de centralisation et de compétition. Les besoins de santé actuels subissent l'effet de changements démographiques comme le vieillissement de la population ou technologiques qui engendrent des coûts croissants et suscitent des politiques de prioritarisation ou de rationnement des soins. Pour toutes ces raisons de nature et de dynamique des besoins, les principes de distribution fondés sur des notions d'optimum à l'échelle de la société n'ont pas de pertinence et doivent céder la place selon l'auteur à une perspective de construction institutionnelle (*institutional design*) visant à adapter les systèmes de santé^{16 17}.

On peut se demander toutefois si l'une de ces particularités, la distinction entre des besoins mineurs et des besoins objectifs, est susceptible d'entrer dans de telles analyses. Hodgson s'en tient à l'intuition selon laquelle l'objectivité du besoin est la plus forte lorsque la survie est en jeu et l'étend aux situations où la participation à la société est en jeu, ce qui va bien au-delà des besoins de santé, sauf à spécifier qu'il s'agit des situations dans lesquelles l'inhibition de la participation provient justement d'un besoin objectif de santé non satisfait. Dans l'approche de

comme la nutrition, les besoins médicaux exigent l'intervention de personnels spécialisés et d'experts pour les diagnostiquer et les satisfaire. La spécificité de ces professions n'est pas réductible à leur spécialisation scientifique et technique car elle inclut l'existence d'un éthos professionnel fondé sur le *care* et l'obligation dépassant les intérêts pécuniaires de ces professions. Les institutions de la santé devraient être conçues de façon à soutenir et favoriser cet éthos.

¹⁶Une analyse des évolutions récentes du cas français (Elbaum, 2007) suggère que l'absence d'une telle perspective engendre des problèmes d'équité et de régulation du fait de l'enchevêtrement des adaptations et des arrangements institutionnels successifs.

¹⁷ Le développement de cette perspective devrait s'appuyer, suggère l'auteur, sur des études comparatives de systèmes existants qui mettraient en lumière les mérites et démérites dans la façon dont ces systèmes traitent les particularités des besoins de santé que l'on vient de décrire.

Wiggins, le caractère substantiel du besoin s'appuyait sur la notion de souffrance, de nuisance ou de tort qui n'était pas présentée comme intuitive mais au contraire comme soumise à discussion (*essentially contestable*) et faisant parfois intervenir la notion de seuil. Mais Wiggins proposait en outre un critère pour saisir l'objectivité de la discussion, celui de ne pouvoir penser autrement. Ce critère respecte nos intuitions morales sans les hypostasier car il n'est pas nécessaire de se prononcer sur le caractère révisable ou non de nos intuitions. Faute d'un tel critère, l'approche d'Hodgson risquerait d'introduire dans la notion de besoin objectif l'ensemble des données définies comme pertinentes par les différents systèmes de santé.

Pour tenter d'échapper à cette difficulté, nous suggérons de faire appel à une autre démarche qui tente de clarifier la notion de besoin en étudiant les conditions de leur formation, de leur évolution et de leur justification dans des contextes sociaux où se pose la plupart du temps la question de la confrontation entre les types de besoins émergeant des différentes sphères de la société. Cette approche développée par Lawrence Hamilton est fondée sur l'importance de la dimension locale et contextuelle dans l'évaluation des besoins et le renoncement aux solutions théoriques s'appliquant à tous les contextes et privilégiant les raisonnements moraux déontologiques au détriment des raisonnements conséquentialistes (Hamilton, 2006, p. 230).

3. Une approche institutionnaliste du besoin

En dépit de l'existence de quelques précurseurs en philosophie de l'économie (Lawson 1997, Pratten, 1997), les économistes institutionnalistes apparaissent comme les principaux défenseurs en économie de la santé d'une conception objective du besoin fondée sur leur dimension éthique tout en maintenant une distance critique à l'égard de l'extra-welfarisme (Davis 2001, Mooney 2005, Batifoulier et Gadreau 2005, McMaster 2007, Hodgson 2008, 2009). Nous montrons que leur conception de l'objectivité des besoins de santé permet d'éviter les problèmes de définition des seuils ou d'arbitrage entre différents types de gains de santé (3.1). Nous présentons ensuite une théorie dynamique des besoins de soins de santé centrée sur la dimension politique de leur émergence (3.2) et complétée par une esquisse des mécanismes qui permettent de légitimer ces besoins au sein des systèmes de santé (3.3)

3.1 Objectivité et listes universelles de besoins

Certains institutionnalistes de ces trente dernières années ont cherché à développer une conception systématique et prescriptive des besoins humains par l'établissement de listes universelles de besoin. Ce sont des listes de besoins hiérarchisés visant à l'exhaustivité que

l'on estime universellement applicables parce qu'elles s'enracinent dans la biologie et la psychologie humaines. Le besoin de santé physique ou la conception d'un fonctionnement physique acceptable est, sans surprise, un trait fondamental de ces listes (Doyal & Gough, 1991; Braybrooke, 1987). Ces listes reposent sur l'identification de besoins dont la satisfaction serait garantie dans les politiques et la législation sous forme de droits (*right*) ou d'avantages (*entitlement*). Il en résulte que lorsqu'un besoin particulier a été identifié et inclus dans la liste, il ne peut plus faire l'objet de renégociation politique. Chaque membre de la société peut revendiquer sa satisfaction sans tenir compte de son coût ou d'autres implications pratiques.

Le fait d'attribuer à ces listes une portée universelle a d'importantes conséquences. Quand elles prennent pour objet les soins de santé, elles accordent une place primordiale aux mesures préventives de santé publique et de soins primaires de base (Doyal & Gough, 1991). Si une couverture médicale exhaustive (*comprehensive*) était requise par de telles listes, en considérant par exemple la prolongation indéfinie de la vie comme un besoin humain de base, la fourniture de soins de santé deviendrait un puits sans fond (*bottomless pit*) absorbant les ressources financières aux dépens de tout autre besoin (Braybrooke, 1987). Cette question est si sensible que selon ce dernier auteur elle provoque « un effondrement du concept de besoin » que la méthode des listes est bien incapable d'empêcher. L'effort pesant sur les services publics de santé qui constitue le principal problème de la politique de santé n'est pas principalement du à la fourniture de soins primaires mais semble plutôt être une conséquence directe de la portée accrue et de l'efficacité grandissante des soins médicaux. Beaucoup de maladies et de situations que l'on ne pouvait traiter peuvent maintenant l'être (souvent à grandes dépenses) et les attentes qu'elles le soient sont très fortes. Pour qu'une approche fondée sur le concept de besoin puisse surmonter ces difficultés, il semble maintenant nécessaire d'en fournir un diagnostic plus précis.

L'une des plus importantes raisons de l'effondrement de cette conception du besoin nous semble être que la catégorie « besoins de santé » traduite en listes de besoins est trop large pour servir de guide à l'établissement de politiques de santé¹⁸. Certains institutionnalistes tentent de traiter ce problème en restreignant l'économie de la santé à la production et distribution de services destinés aux besoins de soins de santé plutôt qu'aux besoins de santé.

¹⁸ Bien d'autres éléments de l'intervention de l'état dans les domaines de l'hygiène publique, de la circulation, de la lutte contre la pollution ou la criminalité interviennent dans la satisfaction des besoins de santé. De façon similaire, les soins non médicaux procurés de façon informelle dans diverses institutions sociales ou à l'intérieur des familles sont cruciaux pour le maintien de la santé.

La littérature de la discipline montre clairement la spécificité des premiers. Tout d'abord, ils sont l'objet de réévaluations périodiques sous l'effet de facteurs démographiques, environnementaux ou institutionnels. Ensuite, il existe un lien puissant entre leur identification et le développement des objets ou entités de la technologie médicale qui les satisfont (*satisfiers*). L'accent mis par les institutionnalistes sur la notion de besoin de soin de santé conduit à déplacer le programme de recherche de l'économie de la santé de la définition des conditions de leur optimisation sociale vers l'étude des processus institutionnels de leur construction¹⁹.

Nous souhaiterions compléter cette démarche en explorant la dimension politique des besoins de soin de santé. Jusqu'à présent, les deux éléments principaux de l'économie institutionnaliste de la santé – le plaidoyer en faveur de l'objectivité des besoins et la transformation de l'économie de la santé – sont relativement indépendants l'un de l'autre. Il n'y a pas de relation explicite entre la reconnaissance de l'objectivité des besoins de soin de santé et la dimension normative de la construction institutionnelle (*institutional design*). En d'autres termes, l'objectivité de ces besoins n'implique pas une hiérarchie particulière des services essentiels et ne suggère pas non plus de mécanisme spécifique propre à les identifier. Comme dans l'approche d'Hasman et alii, la distinction intuitive entre besoin et préférence n'offre qu'une aide limitée pour établir une hiérarchie susceptible de faciliter l'allocation des ressources. Dans la section suivante, nous proposons de remplacer la notion de liste de besoins par une théorie du besoin orientée vers la mise en évidence de la dimension institutionnelle de la détermination des soins de santé et de leur distribution (*provision*).

3.2 La dimension politique des besoins

L'idée du caractère universel d'une liste de besoins se heurte à deux types de difficultés²⁰. Aucune construction, aussi sophistiquée qu'elle soit, de ce que sont les besoins, ne réussit à prendre en compte les facteurs contingents de temporalité et de localisation qui jouent un rôle constitutif dans la détermination d'une liste particulière de besoins. Y aurait-il un sens par exemple à considérer les besoins humains comme des invariants dans le temps de sorte que nos besoins seraient identiques à ceux des chasseurs-cueilleurs du néolithique ? Ne serait-ce pas impérialiste de considérer que des listes imaginées dans les universités occidentales

¹⁹ Voir sur ce point les contributions critiques à l'économie de la santé proches de l'institutionnalisme qui ne font pas directement appel à une conception objective des besoins (Jan 1998, McMaster 2002).

²⁰ Nous ne prétendons pas que ces difficultés soient décisives ni que ceux qui proposent des listes de besoins n'en soient pas conscients car certains tentent de les aborder directement (Braybrooke, 1987: 90-104).

s'appliquent à toutes les cultures contemporaines ? Ces objections tirent leur force de l'idée selon laquelle toute liste exhaustive devrait contenir des besoins qui ne correspondraient pas directement à des faits de nature biologique et qu'elle ne devrait pas être statique.²¹

Dans une contribution originale et de grande portée, Lawrence Hamilton (2003) nous offre une esquisse de ce que pourrait être une théorie dynamique, sociale et politique des besoins humains. Il développe une conception de la nature et de l'émergence des besoins en ayant le souci d'introduire les réflexions sur les besoins issues de la philosophie morale dans les pratiques politiques. Son originalité repose sur l'établissement de liens entre besoin et désir (*need* et *want*). Il observe tout d'abord que les listes de besoins sont centrées sur les besoins dont l'insatisfaction est source de souffrance objective causée par le manque. Or, il n'est pas vrai que je n'ai besoin que de ce dont je manque. Beaucoup de choses dont je dispose actuellement servent à satisfaire mes besoins. Si cette remarque le rapproche de Wiggins²², il s'en éloigne néanmoins en affirmant que l'on se repose trop sur l'idée de souffrance objective causée par le manque qui mène à négliger certaines catégories de besoins qui surgissent régulièrement du fait de l'apparition de nouvelles technologies ou de changements sociaux mais également à sous-estimer les motivations et les désirs (*drives* et *wants*) des individus en excluant de ce fait la plupart des problèmes qu'une théorie politique des besoins devrait traiter²³.

L'aspect dynamique de son approche repose sur une réévaluation de l'ontologie des besoins. Les besoins ont un double fondement anthropologique. Une première catégorie, les besoins vitaux, trouve son origine dans la survie physique ; ces besoins doivent être satisfaits afin de créer les conditions nécessaires d'un fonctionnement humain sain. Une seconde catégorie, les besoins agentifs (*agency needs*) s'origine dans les conditions psychologiques et sociales nécessaires pour la survie ; ces besoins doivent être satisfaits afin de créer les conditions de ce qu'Hamilton appelle un fonctionnement humain complet (*full*). Ces deux catégories abstraites de besoin s'expriment à travers les désirs et les aspirations des individus et des groupes. Hamilton se réfère à ces expressions concrètes et visibles comme à des besoins sociaux particuliers. Hamilton s'écarte ainsi des théories traditionnelles des besoins. Il cherche à

²¹ Le fait empirique de l'absence de contenu identique des listes existantes suggère que ces objections sont *prima facie* plausibles.

²² Hamilton considère de façon générale que son approche est en cohérence avec la conception du besoin développée par Wiggins (Hamilton, 2006 : 263).

²³ Hamilton exprime ainsi cette critique : « En conséquence, il est supposé que ces listes théoriques de préconditions ou de besoins résolvent le problème des besoins de sorte que les théoriciens qui les développent répètent les folies de la loi naturelle et du droit naturel : ils proposent une solution théorique méta-politique à un problème politique de nature irréductiblement pratique » (ibid., 48).

maintenir la distinction de Wiggins entre désir et besoin tout en introduisant une dimension dynamique dans leur relation. Désir et besoin sont synchroniquement distincts, mais diachroniquement, des désirs particuliers peuvent se transformer en besoins. Il ne faut pas considérer les besoins comme des entités statiques car ils réagissent aux changements sociaux et environnementaux. Ils sont en particulier au centre des processus politiques : « Les besoins émergent des désirs parce que la satisfaction répétée d'un désir particulier, sous les conditions adéquates et le caractère commun du désir, transforme le désir ressenti en exigence commune, en condition sine qua non d'une existence normale » (Hamilton 2003, p 67). La légitimation publique à travers des processus mimétiques, des avancées technologiques et des interventions politiques a pour effet de transformer les objets du désir en nécessités²⁴. L'argument de l'émergence diachronique rejette explicitement l'idée que tous les besoins, afin d'être qualifiés de besoins, doivent être en un sens naturels²⁵. La dichotomie simple entre préférences subjectives et besoins objectifs naturalisés est ainsi brisée.

Hamilton distingue trois types de processus par lesquels des besoins sociaux particuliers peuvent être produits. Typiquement, des besoins abstraits deviennent politiques après avoir été revendiqués auprès d'une autorité centrale comme l'état, sous la formule standard « A a besoin de X pour faire Y ». Le procès historique qui transforme une revendication quelconque en revendication de besoin plutôt qu'en expression d'un simple désir ou requête peut être repéré à travers la croissance d'institutions spécialisées dans la satisfaction du besoin. Dans les cas simples, l'analyse historique suffit à le montrer. Les agences qui satisfont les besoins sont souvent créées à la suite d'un débat public et d'une loi, comme dans l'exemple des systèmes nationaux de santé²⁶. Dans le second type de processus générateur de besoin, un comportement non verbal (attitudes, normes, etc) suffit pour légitimer une revendication particulière. La formule standard précédente peut alors ne pas apparaître, rendant la revendication plus vague et plus difficile à circonscrire. Enfin, une revendication de besoin peut être développée sous la forme d'une exigence de réforme radicale. Ce cas est substantiellement différent parce que, au lieu de refléter une perception commune du monde tel qu'il est, la revendication de besoin exprime le désir de le changer de façon délibérée. Cette espèce de revendication est absente de la plus grande partie de la littérature sur les

²⁴ Cela peut aussi marcher dans l'autre sens. Braybrooke cite l'exemple d'Adam Smith et de Karl Marx incluant les chemises dans leur discussion des premières nécessités de la vie (Braybrooke, 1987, p.101).

²⁵ Dans les théories traditionnelles des besoins, la naturalité du besoin fournit une forte justification de la distinction du besoin et de la préférence.

²⁶ Des études de ce type ont été menées dans d'autres domaines. Par exemple, des économistes conventionnalistes ont retracé l'émergence de systèmes d'allocation chômage à travers les modifications dans la conception juridique, statistique et populaire de la valeur des individus et de la responsabilité des entreprises (Salais et al, 1986 ; Latsis, 2006).

besoins parce qu'elle viole le puissant lien conceptuel établi entre besoin et manque. Les revendications radicales ne sont pas corrélatives du manque d'un objet pouvant les satisfaire puisqu'elles identifient un nouveau besoin qui n'avait pas d'objet le satisfaisant avant que sa revendication n'émerge.

3.3 La justification de l'organisation des soins et le processus politique

Les premiers théoriciens des besoins avaient du mal à établir et défendre la distinction entre désir et besoin. Mais la façon dont nous proposons de traiter les besoins ne revient-elle pas à réintroduire de la confusion entre les deux concepts ? Pour répondre à cette objection, il faut replacer la théorie d'Hamilton dans la tradition institutionnaliste qui met l'accent sur les besoins tout en reconnaissant l'importance du contexte social.

Thorstein Veblen (1914) inversait le proverbe bien connu « nécessité est mère de l'invention » pour exprimer l'essence du processus de création des biens. Alors que l'économie standard présupposait que la production de biens répondait à une demande issue de préférences préexistantes, Veblen démontra que ce n'était pas toujours le cas. La causalité peut être renversée. La production et la distribution de produits potentiellement susceptibles d'être l'objet d'un besoin peut créer ex-nihilo un besoin. C'est en particulier le cas des nouvelles technologies (ordinateurs par exemple) où les produits sont créés avant qu'ils ne fassent l'objet d'un besoin ressenti comme tel dans la population des utilisateurs potentiels. Une fois disponibles, ils deviennent causalement impliqués dans la génération de nouveaux besoins (par exemple, les besoins d'information, de connectivité, de communication, etc). Cela menace la perspective traditionnelle appliquée à la santé parce que les économistes font peu de cas des caractéristiques particulières de la santé. Dans la mesure où les soins de santé sont traités comme des biens, ils sont valorisés de la même manière, à savoir par le marché (McMaster, 2007). Mais alors que dans la perspective institutionnaliste, presque tous les biens peuvent engendrer des préférences, seuls certains sont susceptibles de générer des besoins.

Or comme nous l'avons vu dans la discussion des listes de besoin, la plupart des situations exigeant des soins de santé sont caractérisées par un manque ou une déficience de nature physiologique. Cela semble en accord avec la vision traditionnelle selon laquelle les besoins basiques sont indépendants de notre connaissance et des arrangements sociaux et préexistent à toute solution ou remède. Cependant, les besoins de soin de santé satisfaits par les systèmes de santé welfaristes ne sont pas si simples. Selon l'approche d'Hamilton ces besoins peuvent

être vus comme des besoins sociaux particuliers qui émergent des besoins vitaux des individus. La condition physiologique du patient est une condition nécessaire mais non suffisante de la légitimité de la revendication de besoin. Or les préférences, à la différence des besoins, n'exigent pas qu'il y ait une relation nécessaire entre l'expression d'une revendication propre à une condition particulière de l'individu et l'obligation de la satisfaire. Par contre, l'invocation de besoins sociaux particuliers a deux sortes de conséquences. Elle explique d'abord la dimension historique des besoins de soins de santé en mettant l'accent sur l'apparition de produits susceptibles d'être l'objet de tels besoins. Puis elle met en lumière l'importance des processus sociaux de légitimation qui contribuent à définir le contenu même de ces besoins. En outre, l'absence d'obligation générale de satisfaction d'un besoin quelconque que cette perspective implique est un élément particulièrement important de n'importe quelle théorie viable en matière d'économie de la santé parce que le fait de reconnaître à une revendication quelconque en matière de santé la qualité de besoin (plutôt que de désir) est intimement lié à une conception évolutive de la santé et d'un fonctionnement humain pleinement satisfaisant (*full human functioning*). Certaines études empiriques d'économie de la santé (Nguyen-Kim et alii, 2005) montrent bien que de telles conceptions varient selon les systèmes de santé en fonction de l'évolution des mœurs et des connaissances médicales²⁷ Contrairement au Royaume-Uni, en France, les médicaments traitant l'obésité et l'addiction au tabac ne sont pas remboursés. Cela provient en partie du fait que la classification d'une situation médicale particulière comme requérant un traitement ne peut être dissociée ni des attitudes cliniques ni des développements des techniques de diagnostic et de traitement. En ce sens, les systèmes de santé dépendent des processus sociaux qui légitiment la fourniture de soins dans certaines situations médicales et pas dans d'autres. Une conception adéquate des besoins de soins de santé devrait tenir compte de la liaison entre les besoins et le tissu institutionnel qui les satisfait (McMaster, 2007).

La perspective ontologique sur la nature des besoins et des mécanismes qui les génèrent révèle les problèmes soulevés par la tendance universalisante des théories modernes des besoins. Une revendication de besoin n'est pas équivalente à l'expression d'un désir et pourtant une vision nuancée de la relation entre les deux est nécessaire en économie de la santé. Ce que nous avons appelé la transformation diachronique des désirs en besoins – dans le temps et avec la médiation sociale des institutions – est un processus largement répandu

²⁷ Les variations de tarification des traitements sont d'ailleurs de bons indicateurs du changement de statut social des revendications de besoin.

dans les états welfaristes modernes. L'approche que nous proposons est adaptée à cette dimension institutionnelle des besoins et suggère que leur analyse soit à la fois plus empirique et plus explicitement normative. Les débats sur ce que nous considérons être nos besoins et sur ce qui n'est qu'une question de choix personnel doivent devenir constitutifs des processus de légitimation publique des institutions en matière de soins de santé.

Conclusion

Ce texte propose une démarche institutionnaliste en économie de la santé qui fait ressortir l'importance des processus sociaux et des idées politiques et morales qui guident les politiques de santé. De la même façon que l'approche par les revendications communautaristes (Mooney 1998, 2005), nous mettons l'accent sur l'importance des revendications de besoins, les valeurs exprimées par les citoyens et les processus politiques qui établissent les priorités en matière de politique de santé. Nous nous inspirons pour cela d'une littérature généralement ignorée des économistes, la philosophie des besoins.

Nous espérons réhabiliter une conception objective des besoins qui s'oppose à celle des économistes extra-welfaristes de la santé sur deux points importants. Cette conception issue des travaux de David Wiggins fonde l'objectivité des besoins sur les théories morales en vigueur de façon à pouvoir à la fois les distinguer des préférences et comprendre comment les besoins de santé sont enracinés dans les besoins vitaux des êtres humains. Cela nous permet ensuite de montrer à partir de la théorie politique des besoins de Lawrence Hamilton comment des besoins objectifs de soins de santé émergent en tant qu'expression de besoins sociaux particuliers dans des contextes institutionnels spécifiques.

Bibliographie

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, pp. 83-101.

BATIFOULIER P., DOMIN J-P., GADREAU M. (2008), « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé », *Revue française de socio-économie*, n°1, pp 27-46

BATIFOULIER P., GADREAU M. [eds] (2005), *Ethique médicale et politique de santé*, Economica.

BATIFOULIER P., LATSIS J., MERCHERS J. (2009), « The philosophy of need and the normative foundations of health policy, » *Revue de philosophie économique*, vol.10, n°1, pp 79-101.

BOWLES S. (1998), « Endogenous preferences : the cultural consequences of markets and other economic institutions, » *Journal of economic literature*, Vol. XXXVI, march, pp. 75-111.

BRAYBROOKE D. (1987), *Meeting Needs*, Princeton University Press.

BROUWER W., CULYER A., van EXEL J., RUTTEN F.(2008), “Welfarism vs extra-welfarism”, *Journal of Health Economics*, 27, p.325-338.

CASES C., BAUBEAU D. (2004), « Peut-on quantifier les besoins de santé ? » *Solidarité et Santé*, n°1, pp 17-22.

COOKSON R., DOLAN P. (2005), “Principles of justice in health care rationing”, *Journal of Medical Ethics*, 26, p. 323-329.

CULYER A. (1989), “The normative economics of health care finance and provision”, *Oxford review of economic policy*, vol. 5, n° 1, p. 34-58.

CULYER A. (1995), “Need : the idea won’t do – But we still need it”, *Social Sciences and Medicine*, vol. 40, n° 6, p.727-730.

DAVIS J. (2001), (ed.), *The social economics of health care*, Routledge.

DAVIS, J., McMASTER R. (2007), « The individual in mainstream health economics: a case of *persona Non-grata* », *Health care analysis*, n°15, pp. 195-210

DEVAUX M., JUSOT F., SERMET C., TUBEUF S. (2008), « Hétérogénéité sociale de déclaration de l’état de santé et mesure des inégalités de santé » *Revue française des affaires sociales*, Janvier-Mars, pp 29-47.

DORMONT B. (2009), *Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire ?*, CEPREMAP, éditions rue d’Ulm.

DOYAL L., & GOUGH I. (1991), *A Theory of Human Need*, The Guilford Press.

ELBAUM M. (2007), « Protection sociale et solidarité en France », *Revue de l'OFCE*, 102, pp. 559-622.

ELBAUM M. (2008), *Economie politique de la protection sociale*, Quadrige, PUF.

ETILE F., MILCENT C. (2006), « Income-related reporting heterogeneity in self-assessed health: evidence from France », *Health economics*, 15, pp. 965-981.

FLEURBAEY M. (2006), « Health, equity and social welfare », *Annales d’économie et de statistiques*, 83-84, pp.21-59.

FLEURBAEY M. (2007), « Le revenu équivalent-santé, un outil pour l'analyse des inégalités sociales de santé », *Revue d’épidémiologie et de santé publique*, 55, 1, pp. 39-46.

FLEURBAEY M., SCHOKKAERT E. (2009), « Unfair inequalities in health and health care », *Journal of health economics*, Vol. 28, n°1, pp. 73-90.

FOX N. J., WARD K. J. O’ROURKE A. J. (2005) “The « expert patient »: empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet,” *Social science and medicine* 60(6), pp1299-309.

GROSSMAN N. (1972), «On the concept of health capital and the demand for health », *Journal of political economy*, Vol. 80, pp. 223-255.

HAMILTON L. (2003), *The Political Philosophy of Needs*, Cambridge University Press.

HAMILTON L. (2006), "Needs, rights and political judgment: replies to commentators", *South African Journal of Philosophy*, 25 (3), 258-270.

HASMAN A., HOPE T., OSTERDAL P. (2006), "Health Care Need: Three Interpretations", *Journal of Applied Philosophy*, vol 3, n°2, p. 143-156.

HODGSON G. (2008), « An institutional and evolutionary perspective on health economics », *Cambridge Journal of Economics*, 32, pp. 235-256.

HODGSON G. (2009), « Towards an alternative economics of health care », *Health economics, policy and law*, 42, pp. 99-114.

HUBER H. (2008), « Decomposing the causes of inequalities in health care use: a micro-simulations approach », *Journal of health economics*, Vol. 27, n°6, pp. 1605-1613.

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, pp. 56-118.

JAN S. (1998), « A holistic approach to the economic evaluation of health programs using institutionalist methodology », *Social Science and Medicine*, vol. 47, n°10, pp. 1565-1572.

KAHNEMAN D., SLOVIC, P., TVERSKY A. (1984), *Judgement Under Uncertainty, Heuristics and Biases*, Cambridge University Press.

LATSIS, J. S. (2006) «Convention and Intersubjectivity: New Developments in French Economics», *Journal for the Theory of Social Behaviour*, vol 36, n°3, p. 255-277.

LAWSON, T. (1997), *Economics and Reality*, Routledge.

LESEUR A. (2005), « Les théories de la justice distributive », *cahier n° 2005-009 du Laboratoire d'économétrie de l'école Polytechnique*.

McMASTER R. (2007), « On the need for a heterodox health economics », *Post-autistic economics review*, n°41, pp.9-22.

MERCHIERS J. (2007), « Justifier l'inégalité ? Rawls entre égalité et priorité », in *Approches institutionnalistes des inégalités en économie sociale*, Batifoulie et alii (eds), Tome 1, Paris, l'Harmattan, pp. 43-58.

MOONEY G. (1998), « Communitarian claims as an ethical basis for allocating health care resources », *Social Sciences and Medicine*, vol. 47, n°9, pp. 1171-1180.

MOONEY G. (2005), « Communitarian claims and community capabilities: furthering priority setting ? », *Social Sciences and Medicine*, vol. 60, pp. 247-255.

NGUYEN-KIM L., OR Z., PARIS V., SERMET C. (2005), «The politics of drug reimbursement in England, France and Germany, IRDES », *Health economics letter*, n°99.

PRATTEN, S. (1997), «Needs and wants : the case of broadcasting policy», *Centre for Business Research Working Papers* (64), University of Cambridge.

RAWLS J. (1997), *Théorie de la justice*, Seuil, coll. Points-Essais.

READER S. (2006), « Does a Basic Needs Approach Need Capabilities ? », *The Journal of Political Philosophy*, vol 14, number 3, 337-350.

READER S. [ed.] (2005), *The Philosophy of Need*, Cambridge University Press.

RICE T. (2001), « Should consumer choice be encouraged in health care ? » in Davis (ed.), *The social economics of health care*, Routledge, pp. 9-39.

ROCHAIX L., TUBEUF S. (2009), « Mesures de l'équité en santé : fondements éthiques et implications », *Revue économique*, Vol. 60, n°2, à paraître.

SALAI S., THEVENOT, L. [eds] (1986), *Le Travail : marchés, règles, conventions*, INSEE, Paris, Economica.

SEN A. (2009), *L'idée de justice*, Flammarion, col. Essais.

SEN A. (1993), *Ethique et économie*, PUF, coll Quadrige.

SEN A. (2002), « Why Health Equity », *Health Economics* 11, pp. 659-666.

TESSIER P. (2005), « La réconciliation des mesures des préférences sur la santé dans le certain et dans le risque », *Revue d'économie politique*, Vol. 115, n°6, pp. 779-799.

TESSIER P. (2009), « Harsanyi, Sen ou Bentham : qui suivre pour évaluer le bien être en santé ? » *Revue économique*, Vol. 60, n°1.

VEBLEN T.B. (1914), *The Instinct of Workmanship and the State of the Industrial Arts*, Macmillan.

VELASCO-GARRIDO M., SCHREYOGG J., STARGARDT T., BUSSE R. (2006), « Description des paniers de soins dans 9 pays de l'union européenne », *Revue Française des affaires sociales*, Réforme et régulation des système de santé en Europe, 2-3, Avril-Septembre, pp. 63-90.

WAGSTAFF A., VAN DOORSTAER E. (2000), « Equity in health care finance and delivery », in *Handbook of health economics*, vol. 1B, A. Culyer and J. Newhouse, eds., Chap. 34, North Holland, pp. 1803-1862.

WIGGINS D. (1998) [1987], *Needs, Values, Truth*, Clarendon press.

WIGGINS D. (2005), « An Idea we Cannot do Without », in S. READER (ed), *The Philosophy of Need*, Cambridge University Press, p. 25-50.

WIGGINS D. (2006), *Ethics, Twelve Lectures on The Philosophy of Morality*, Penguin Books.

WIGGINS D., DERMEN S. (1987), « Needs, Need, Needing », *Journal of Medical Ethics*, vol 13, p. 61-68.

WILLIAMS A., COOKSON R. (2000), « Equity in health », in *Handbook of health economics*, vol. 1B, A. Culyer and J. Newhouse, eds., Chap. 35, North Holland, pp. 1863-1910.

Résumé :

La notion de besoin joue un rôle crucial pour définir les inégalités légitimes en matière de santé. Le débat sur l'équité en santé se développe néanmoins dans la méconnaissance de la philosophie du need. En mobilisant des argumentations de nature morale ou politique, cet article cherche à élaborer une notion de besoin qui ne repose ni sur une liste universelle ni sur des préférences individuelles mais sur un choix de préférence sociale qui légitime les revendications de besoin. Il propose à cet effet une approche institutionnaliste du besoin insistant sur les processus sociaux qui créent ou consolident des besoins de soins spécifiques et situés.

Mots clefs : Besoin de soins, Distribution des soins, Equité, Economie institutionnaliste, Philosophie de l'économie

Priority setting in health care and the philosophy of need**Abstract:**

The concept of need plays an essential role in defining legitimate health inequalities. The debate on equity in healthcare policy has so far evolved independently of the philosophical discussions of need. This article draws on moral and political philosophy in order to develop a conception of need that goes beyond the current dichotomy between universal lists and individual preferences. We build on Wiggins' and Hamiltons' insights in an attempt to further develop an institutionalist health economics. Our contribution suggests that (against mainstream economics and the dominant trends imported from moral philosophy) needs must be determined by explicitly political processes of negotiation and conventions. We propose an institutionalist approach to needs that emphasises the role of social processes in creating and consolidating specific and situated healthcare needs.

Key words : Healthcare needs, Health care priority setting, Equity, Institutionalism economics, Philosophy of economics

JEL : I11, I18, D63, B52