

Appel à article

*Économie Appliquée*¹

« Le patient et l'aidant dans les transformations du capitalisme sanitaire »

Coordination :

Nicolas Da Silva et Amandine Raully

Nicolas Da Silva, CEPN (UMR 7234), Université Sorbonne Paris Nord

nicolas.dasilva@univ-paris13.fr

Amandine Raully, REGARDS (EA 6292), Université de Reims Champagne-Ardenne,

amandine.raully@univ-reims.fr

Argumentaire :

L'économie politique de la santé a connu un important développement ces vingt dernières années. En s'emparant de la santé comme un fait social total, elle a contribué à une compréhension fine des transformations du système de santé. Ces travaux ont mis en évidence deux grands mouvements : la marchandisation et l'industrialisation des soins². La marchandisation se donne à voir sous diverses formes qui ont toutes en commun de chercher à donner du poids au signal prix. Que cela soit à l'intérieur des bornes du secteur public ; dans le privé ou encore en modifiant les frontières entre l'un et l'autre, chacun sait désormais que si la santé n'a pas de prix elle doit avoir un coût. La concurrence par comparaison, le paiement à la performance, le ticket modérateur, etc. ont pour objectif d'approcher les comportements réels du nirvana marchand.

L'autre grand bouleversement dans le système de santé concerne le processus d'industrialisation. Alors que le monde de la santé s'est construit comme une économie des singularités, le secteur n'arrête plus de se normaliser, de se quantifier, de s'homogénéiser. Ces dernières années ont vu se démultiplier les outils de l'industrialisation : normes de bonnes pratiques, référentiels, guides, systèmes d'information et outils numériques, etc. Coincé entre la marchandisation et l'industrialisation, le travail de soin a été bouleversé. Derrière ce double mouvement, l'économie politique de la santé a mise en évidence le rôle central de la main visible de l'État. Il est celui qui construit les marchés : il valide la financiarisation de la sécurité sociale, il organise le secteur des organismes complémentaires d'assurance maladie, il solvabilise l'industrie pharmaceutique, etc. L'État organise la participation du secteur de la santé au capitalisme. Avec la pandémie de covid-19, les transformations mises en évidence risquent de s'accélérer dans un contexte où les capitalismes se cherchent de nouveaux modèles de développement (Boyer, 2020).

¹ Après une longue période de non-parution, *Économie appliquée* reparait à nouveau avec un nouvel éditeur (Classiques Garnier). Le n° 1 a paru en juillet 2021.

² On pourra se référer à plusieurs numéros spéciaux parus ces dernières années (par exemple, Batifoulier, Domin et Gadreau (2007), Batifoulier et Domin (2015), Batifoulier et Da Silva (2021)).

Le réagencement du capitalisme sanitaire n'est pas sans conséquences sur le patient et ses aidants. Ces derniers sont même les acteurs principaux d'un nouveau compromis industriel marchand dans le système de santé (Gallois et Raully, 2019). Alors que le système de santé français s'est construit sur une forte médicalisation et sur la prise en charge institutionnalisée (publique ou privée) des soins, il paraît désormais acquis que le patient et l'aidant doivent supporter le poids du désengagement de l'État. Dans un contexte de vieillissement et de généralisation des maladies chroniques, le patient et l'aidant sont de plus en plus mis à contribution soit par le rétrécissement de l'accès aux soins soit par la co-production des soins (Pedrot et al. 2019). La restructuration de l'offre de soin sous contrainte d'austérité se traduit par le développement des déserts médicaux et par la participation croissante du patient et de l'aidant à la production des soins. L'informel prend une place structurelle dans le capitalisme sanitaire qui se dessine sous nos yeux. Alors même que les théories du *care* pointent la nécessité de démarchandiser la protection sociale et de désengager la sphère domestique de la production de soin et d'aide à la personne (Daly et Lewis, 2000), dans le nouveau compromis ce n'est plus l'État qui prend le relais de la famille mais la famille qui prend le relais de l'État.

Les contributions attendues pour ce numéro spécial portent sur ce que les transformations du capitalisme sanitaire font au patient et à l'aidant. Les contributions pourront discuter par exemple des inégalités d'accès aux soins, du rôle des aidants et plus largement de la place politique et économique du couple patient/aidant dans le système de santé. L'économie politique de la santé n'est pas restée muette sur ces questions et offre plusieurs pistes pour explorer les figures du nouveau compromis. *A minima* deux d'entre elles peuvent être évoquées ici.

D'un côté, on pourra s'appuyer sur les réflexions menées sur l'*empowerment* du patient qui ont montré que les aspirations à la participation des associations de patients au système de santé ont été instrumentalisées par la politique publique (Batifoulier et al. 2011). Alors que les associations de patients souhaitaient débattre sur les procédures de décisions (*voice*) la politique publique a retraduit cette aspiration en pouvoir de marché (*exit*) (Naiditch, 2006). Quels éléments empiriques peuvent documenter ce processus (Hassenteufel et al. 2020) ? Ne peut-on pas aussi montrer l'acception du nouveau compromis (Sebai, 2020) ? Il est facile de critiquer l'assurance comportementale mais ne prospère-t-elle pas sur des consommateurs de soins acquis à ce nouveau rapport à la santé ? Le patient consommateur n'est-il qu'une figure théorique où peut-on le rencontrer dans la réalité ?

D'un autre côté, toutes les recompositions du système de santé excluent les patients et les aidants de la redéfinition du soin et de la façon d'en organiser la production et la distribution. Jamais le patient et l'aidant n'ont été consultés pour valider le nouveau compromis. Quelles institutions peuvent donner du poids au patient et à l'aidant ? N'est-il pas fructueux pour cela de penser la santé sur le modèle du besoin et non du désir (Batifoulier et al. 2013) ? Quelle place d'un point de vue politique est faite au couple patient/aidant ? Où en est la démocratie sanitaire (Dumez et Minvielle, 2017) ? Est-ce que le développement de l'État social contre la sécurité sociale est compatible avec la prise en compte des aspirations démocratiques dans le système de santé (Vahabi et al., 2020) ? Qui doit définir ce qu'est le soin ? L'État, les élites du *welfare*, le contribuable ou les patients eux-mêmes ? Qui doit définir ce qu'est le système de soin ? Le patient et l'aidant ne sont-ils pas les grands absents dans la reconstruction du capitalisme sanitaire ?

Bibliographie

- Boyer R. (2020), *Les capitalismes à l'épreuve de la pandémie*, La Découverte, Paris.
- Batifoulier P. et Da Silva N. (2021), « La santé, miroir des sociétés », *Revue française de socio-économie*, numéro 1.
- Batifoulier P. et Domin J-P. (2015) (Ed.), « Economie politique de la santé, un exemple exemplaire », *Revue de la régulation*, numéro 1.
- Batifoulier P. Domin J-P. et Gadreau M. (2007) (Ed.), « État social et politique de santé », *Economie appliquée*, numéro 1.
- Batifoulier P., Domin J-P. et Gadreau M. (2011), « Market empowerment of the patient: The French experience », *Review of Social Economy*, 69(2), 143-162.
- Batifoulier P., Braddock L., et Latsis, J. (2013), « Priority setting in health care: from arbitrariness to societal values », *Journal of Institutional Economics*, 9(1), 61-80.
- Daly M. et Lewis, J. (2000), "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states." *British Journal of Sociology*, vol.51, n.2, pp.281-298.
- Dumez, H. et Minvielle, É. (2017), L'e-santé rend-elle la démocratie sanitaire pleinement performative ?. *Systèmes d'information & management*, 22, 9-37. <https://doi.org/10.3917/sim.171.0009>
- Gallois F. et Raully A. (2019), « De la relation de soins à la relation de service: quelle organisation de la télésurveillance médicale? », *Revue française de socio-Economie*, (2), 203-219.
- Hassenteufel, P., Naiditch, M. & Schweyer, F. (2020), Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos. *Revue française des affaires sociales*, 11-31. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0011>
- Naiditch, M. (2006), Usage stratégique de l'information par une association de malades, l'exemple du Lien. *Les Tribunes de la santé*, n°12, 83-95. <https://doi.org/10.3917/seve.012.0083>
- Pedrot, F., Fernandez, G. et Le Borgne-Uguen, F. (2019), Les maisons de santé pluriprofessionnelles : des espaces de coordination du soin entre professionnels de santé, patients et proches-soutiens. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 1, 110-126. <https://doi.org/10.3917/jges.191.0110>
- Sebai, J. (2020), La e-santé et le patient 2.0 : la colonisation démocratique !. *Marché et organisations*, 38, 123-144. <https://doi.org/10.3917/maorg.038.0123>
- Vahabi M., Batifoulier P. et Da Silva, N. (2020), « A theory of predatory welfare state and citizen welfare: the French case », *Public Choice*, 182(3), 243-271.

Format des réponses à l'appel à article :

Les réponses à cet appel à article ne devront pas dépasser deux pages. Elles présenteront le champ d'étude et la problématique envisagée. Elles préciseront si le projet est plutôt empirique ou théorique et, le cas échéant, l'approche méthodologique. La bibliographie sera composée de cinq références maximum. Les propositions devront être envoyées aux deux coordinateurs le 15 décembre 2021 au plus tard. Ces derniers sont disponibles d'ici là pour répondre à d'éventuelles questions sur le format des réponses à l'appel à article.

En cas d'acceptation, la proposition finale ne dépassera pas 50 000 signes espaces compris.

Calendrier :

Date limite de réponse à l'appel : 15 décembre 2021

Date de rendu des avis du comité de rédaction : 15 janvier

Date limite de rendu de la première version de l'article : 15 septembre 2022

Publication du numéro : décembre 2023