

L'assainissement budgétaire au prix de la cohésion sociale
Le cas des assurances soins de santé

Atelier : Crise du système de santé, crise de société

Léonard Christian¹

Directeur général adjoint du KCE (Bruxelles)
Professeur invité à l'UCL (Bruxelles – Woluwe)
Maître de conférences à l'UNamur
Professeur à la HELHa (Louvain-la-Neuve)

¹ L'auteur s'exprime en son nom personnel, ses propos n'engagent nullement les institutions auxquelles il appartient.

ABSTRACT

The structural trends that we identify (increasingly regressive Welfare state funding, responsabilisation of patients and selectivity) constitute greater threats to social cohesion than contingent budgetary consolidation measures. To maintain these trends, decision makers must justify the primacy of economic growth and the critique of the welfare state that relies on an assumed incompatibility between solidarity and responsibility. We argue that this double justification raises multiple challenges, especially anthropological and epistemological. We render these challenges explicit before concluding with some programmatic proposals for the economic sciences.

Keywords: Welfare State, responsabilisation, selectivity, anthropology, epistemology

RESUME

Les tendances structurelles que nous identifions (régressivité croissante du financement de l'Etat-providence, responsabilisation des patients et sélectivité) constituent des menaces de la cohésion sociale que nous jugeons plus importantes que les mesures d'assainissement budgétaire conjoncturelles. Maintenir ces tendances exige toutefois une justification, de la part des décideurs, du primat de la croissance économique et de la critique adressée à l'Etat-providence selon laquelle solidarité et responsabilité sont incompatibles. Cette double justification implique selon nous de relever plusieurs défis, notamment anthropologique et épistémologique, que nous explicitons avant de conclure par des pistes programmatiques pour les sciences économiques.

Mots-clés : Etat-providence, responsabilisation, sélectivité, anthropologie, épistémologie

Les mesures d'assainissement budgétaires portent essentiellement sur les dépenses alors que le rééquilibrage budgétaire pourrait également être obtenu en augmentant les recettes, cotisations sociales et impôts. Il s'agit d'un choix politique, donc idéologique souvent justifié, sans réel fondement empirique, par le souci de l'efficacité et du pragmatisme. Il n'est dès lors pas étonnant de craindre les effets collatéraux de ces mesures au niveau social. Sans contester ou sous-estimer les impacts sociaux de mesures d'assainissement conjoncturelles, nous défendons l'approche qui consiste à repérer les remises en question fondamentales de la protection sociale dans les tendances de long terme qui caractérisent la composition du financement des assurances sociales et le mode d'intervention de la solidarité à l'égard des risques sociaux. Les menaces ne sont donc pas uniquement liées à la conjoncture mais présentent majoritairement un caractère structurel. Nous défendons ensuite la thèse que la continuation de ces tendances lourdes est conditionnée à la capacité des décideurs de justifier la prépondérance de la croissance économique et la critique d'un Etat-providence incapable de concilier solidarité et responsabilité. Nous identifions alors une série de défis à relever et dont l'issue déterminera le type de société dont nous nous serons rendus dignes, ou pas.

1 Effets de la crise ou tendances lourdes - Symptomatologie de la crise ou de l'idéologie néolibérale?

Le financement de la sécurité sociale belge et notamment des soins de santé sur une longue période offre un éclairage particulièrement pertinent car il exprime d'une part des tendances 'lourdes' et d'autre part des décisions qui se manifestent généralement par des 'cassures' ou du moins des infléchissements de ces tendances.

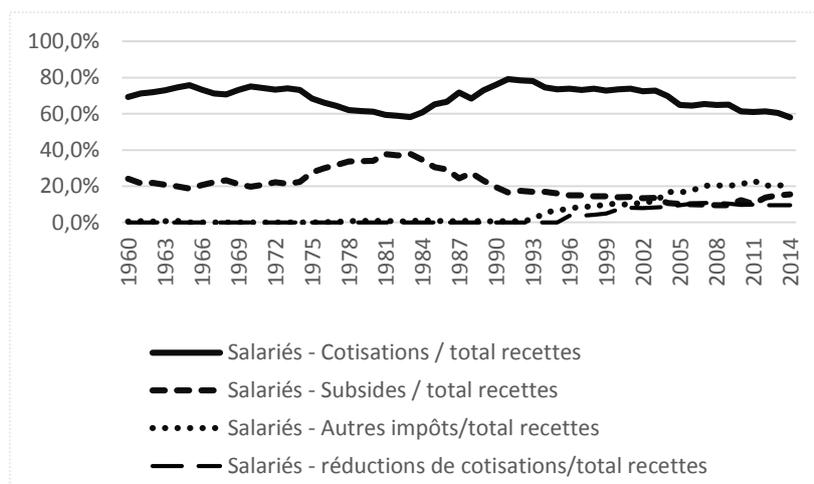
1.1 Régressivité croissante du financement de l'Etat-providence

Au début des années 60, le financement de la sécurité sociale était assuré par les cotisations sociales pour 70% et par des subsides de l'Etat pour un peu moins de 30%. Confronté à la crise des années 70, l'Etat décide de renforcer son intervention afin de pérenniser le financement de la solidarité (Figure 1). En 1982, on décide de dé plafonner le calcul des cotisations sociales, on rend ainsi proportionnel un prélèvement qui présentait un caractère régressif². En termes redistributifs, cette décision est évidemment positive mais elle est compensée par un désengagement progressif de l'Etat qui peut alors réduire les subsides fondés essentiellement sur des impôts directs progressifs grâce à une augmentation mécanique du montant des cotisations sociales perçues (Figure 2). Jusqu'au début des années 90, le financement de la solidarité est donc majoritairement proportionnel aux salaires ce qui signifie, qu'au sein des travailleurs, une certaine forme d'équité est respectée même si l'on peut regretter la réduction du caractère progressif de ce financement et la contribution du quasi seul facteur travail qui occupe une part décroissante dans le PIB³. En 1995, l'équité du financement de la solidarité est remise en question en raison de réductions de cotisations sociales (prélèvement proportionnel) financées par une partie des recettes de TVA (prélèvement régressif). Il s'agit d'une volonté affichée de réduire les 'charges' sociales afin d'améliorer la position concurrentielle des entreprises belges au travers d'une réduction des coûts salariaux. Selon la théorie néoclassique, on pouvait espérer une hausse de la quantité demandée de travail et un regain de croissance économique. Aujourd'hui, le financement régressif représente 20% des recettes de sécurité sociale et le financement proportionnel occupe une place de moins en moins importante.

² Voir (Savage, 2010), p.149.

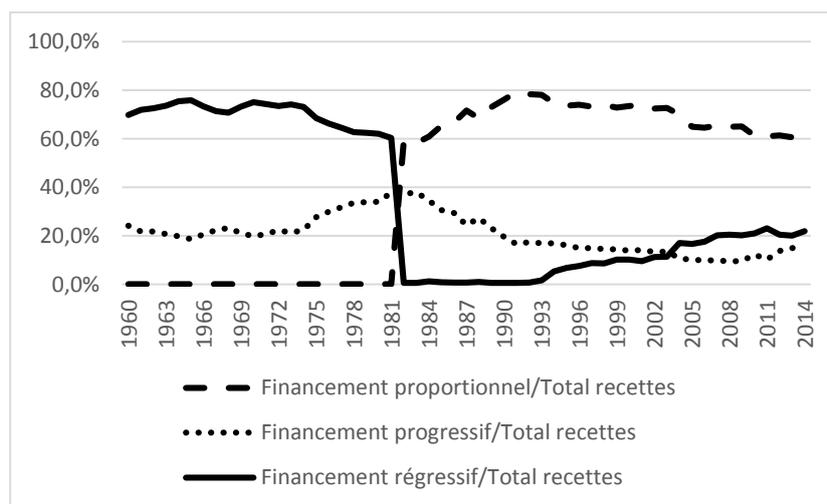
³ Entre 1981 à 1989, l'assiette de calcul des cotisations (salaires et traitements) passe de 44,7% à 37,4% du PIB, voir (Savage, 2010), p.141.

Figure 1 : Evolution du financement de la sécurité sociale des travailleurs salariés en Belgique de 1960 à 2014 selon le type de recettes



Source : Service Public Fédéral Sécurité Sociale. Rapport général sur la sécurité sociale et Vade Mecum de la sécurité sociale (éditions de 1960 à 2014)

Figure 2 : Evolution du financement de la sécurité sociale des travailleurs salariés de 1960 à 2014 selon le caractère redistributif des recettes



Source : Service Public Fédéral Sécurité Sociale. Rapport général sur la sécurité sociale et Vade Mecum de la sécurité sociale (éditions de 1960 à 2014)

On retrouve une évolution similaire pour les soins de santé (Vrijens et al., 2012), de plus en plus financés par des impôts indirects et de moins en moins par des impôts directs (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractérisation du financement des soins de santé en Belgique en pourcentages du total respectivement recettes proportionnelles (Prop.), progressives (Prog.) et régressives (Régr.)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Prop.	70,0	69,8	70,7	69,0	67,0	62,2	68,7	73,0	74,2	72,6
Prog.	13,5	13,3	13,1	12,9	12,5	15,0	6,6	7,0	7,0	6,9
Régr.	14,9	15,1	14,4	15,7	16,8	19,1	23,3	18,6	16,9	18,5
Divers	1,6	1,7	1,8	2,4	3,8	3,8	1,4	1,4	1,9	1,9

Source : Service Public Fédéral Sécurité Sociale, Inami et calculs propres

1.2 Les effets inéquitables d'une pseudo-responsabilisation

Dès lors que le mode de financement de la solidarité devient un instrument potentiel de relance économique au travers de la réduction des coûts salariaux et que le facteur capital ne 'peut' être mis à contribution, il semble inévitable de décider une réduction des dépenses publiques de santé. On peut considérer qu'il existe deux options, non exclusives, pour réduire les dépenses publiques de santé. Une majoration du ticket modérateur réduit mécaniquement la partie supportée par la solidarité et l'effet prix qu'elle représente peut en outre réduire, du moins en théorie, la quantité de soins demandée. L'autre possibilité consiste à maintenir constants, voire de diminuer, les tarifs des soins, c'est-à-dire la rémunération des prestataires, qui sont ainsi 'incités' à demander des suppléments non couverts par l'assurance maladie et dont le patient doit s'acquitter personnellement. Il n'existe pas de série chronologique des tickets modérateurs, les suppléments d'honoraires en ambulatoires ne sont pas enregistrés et les coûts d'hospitalisation par catégories ne font l'objet d'analyses systématiques que depuis le début des années 2000, ce qui ne permet pas de suivre l'évolution de la part privée des dépenses totales de santé sur une longue période. On estime que, globalement, le patient belge supporte un quart de ces dépenses totales qui comprennent les soins remboursés (dépenses publiques) ainsi que toutes les composantes du 'reste à charge' auxquelles on ajoute les dépenses de matériel médical, notamment de bandagisterie, non remboursées. Les « baromètres » des coûts hospitaliers attestent d'une forte hausse des suppléments d'honoraires pour les patients hospitalisés en chambres individuelles⁴ au cours de la dernière décennie alors que ces suppléments en chambre double et commune sont interdits depuis le 1^{er} janvier 2013.

Au-delà des chiffres, on constate une généralisation du discours responsabilisant selon lequel chacun est responsable de son capital-santé, qu'il est censé gérer en bon père de famille, qu'il se doit aussi d'utiliser les deniers publics de manière parcimonieuse. Le paradigme néo-classique est ici encore une source d'inspiration aux mesures financières qui constituent des sanctions aux comportements sanitaires et solidairement incorrects (Léonard, 2015b). Les incitations financières seraient parées de toutes les vertus, elles ne se limiteraient pas à conscientiser les patients aux coûts des soins, elles induiraient des comportements attendus en termes de prévention, dépistage et observance des traitements. On applique ainsi le raisonnement économique aux soins de santé comme on l'applique à tous les secteurs de l'activité humaine et notamment à la tarification des voyages en train⁵. Le politique peut se sentir soutenu par les résultats d'enquêtes qui ne s'embarrassent

⁴ De 124% (de 368 € à 824 €) de 2002 à 2012 selon les données des Mutualités Socialistes (Laasman et al., 2013) et de 44% (de 577 € à 831 €) entre 2004 et 2013 selon les données Mutualités Chrétiennes (Crommelynck et Wantier, 2015).

⁵ Voir Axel Gauthier, Faut-il payer le train plus cher à l'heure de pointe ? Focus du 25 mars 2015 de Regards Economiques http://www.regards-economiques.be/index.php?option=com_reco&view=article&cid=149

pas de précautions éthiques et pédagogiques et qui mettent en évidence un certain support des populations à l'égard de mesures susceptibles de faire payer aux patients leur incurie sanitaire (Elchardus et Te Braak, 2014, Bes et al., 2014, Orde van medische specialisten, 2014). Dans un contexte d'inégalités de revenus, de santé et d'accès aux soins, ce type de mesures est particulièrement pénalisant et ne peut, à terme, que renforcer les problèmes de santé des plus démunis ainsi que les reports de soins, comme le montrait déjà l'expérimentation menée aux USA par la RAND corporation entre 1971 et 1986 (Lohr et al., 1986). En Belgique, le profil des ménages qui reportent des soins est à présent bien documenté, il s'agit notamment de familles monoparentales, de personnes isolées, de ménages disposant d'un niveau d'instruction et de revenus faibles et supportant des coûts de santé élevés (Demarest, 2015). Il n'est dès lors pas étonnant que l'Assemblée nationale française ait adopté en première lecture le 6 avril une loi santé qui prévoit la généralisation du tiers-payant pour fin 2017 contre l'avis d'une certaine partie de la profession médicale française ou qu'un collectif de médecins belges signent une carte blanche s'intitulant 'la consultation « sans argent » chez le généraliste est une nécessité'⁶.

1.3 La fausse bonne idée de la sélectivité

Même si le manque de données sur une longue période empêche une analyse tendancielle et une quantification précise de la charge du patient, certaines décisions prouvent que des problèmes d'accessibilité ont été anticipés ou même constatés. En effet, dès 1963, la Belgique en instituant l'assurance maladie invalidité, prévoit un statut particulier pour les personnes potentiellement fragiles, les veuves, les invalides, les pensionnés et les orphelins (VIPO) qui sont dispensées de ticket modérateur pour les soins courants. En 1965, la sélectivité sur base du statut se double d'une sélectivité sur base du revenu, en effet un revenu maximal est légalement prévu afin de bénéficier de cette exemption⁷. Ce statut a depuis bien évolué mais la logique reste relativement similaire même si l'intervention majorée est aujourd'hui uniquement fonction du niveau de revenu, ce qui constitue, il faut bien l'admettre, une dérogation importante au principe d'assurance.

Une telle dérogation avait déjà été décidée en 1993 lorsque les franchises sociale et fiscale ont été instaurées. Il s'agissait à l'époque de limiter l'ensemble des tickets modérateurs des patients en fonction de leur statut social ou de leur revenu. Ce mode de sélectivité a lui aussi connu plusieurs adaptations, à présent il est connu sous l'appellation de 'Maximum à facturer' (MAF). Globalement, les montants en jeu sont relativement faibles par rapport à l'ensemble des remboursements de l'AMI, ils n'en représentaient que 1,3% en 2013 (voir Figure 3) mais permet tout de même de réduire substantiellement la concentration de la charge des patients. La Figure 4 montre qu'avant l'application du MAF

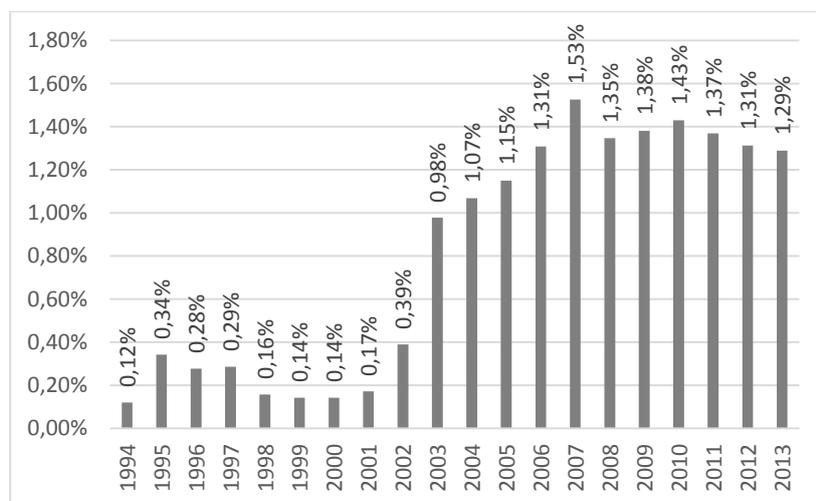
⁶ Voir le journal 'Le Soir', édition du 16 avril, pages 18-19.

⁷ Pour plus de détails voir (Farfan-Portet et al., 2012).

5% des patients supportent 33% des tickets modérateurs, ce système de sélectivité réduit leur facture à 27% de l'ensemble. Notons également que s 5% de patients bénéficient de 53% des remboursements de l'AMI, ils doivent aussi s'acquitter de 83% des suppléments hospitaliers.

En première approche, on peut évaluer positivement ces mesures de sélectivité qui adoucissent les mesures de responsabilité financière. Il semble d'ailleurs que l'immunisation des plus démunis bénéficie d'un large support au nom de l'accessibilité des soins et d'une certaine définition de la justice sociale selon laquelle chacun doit avoir accès (au moins financièrement) aux soins dont il a besoin. On peut toutefois se demander si un souci d'équité s'y retrouve totalement. En effet, peut-on être certain que ces mesures assurent 'un accès financier égal à tous les patients qui ont un égal besoin de soins' ? En raison de l'effet de seuil de ces mesures liées au revenu, il est très probable que certains ménages disposent d'un revenu considéré comme suffisant pour ne pas bénéficier de mesures d'immunisation de restes à charges mais qu'en termes de 'pouvoir d'achat réel net' par membre du ménage, ils soient finalement moins bien lotis que celles et ceux qui sont, d'une certaine manière 'stigmatisés' par les aides.

Figure 3 : Evolution des dépenses 'sélectives' (franchises et maximum à facturer) au sein des dépenses publiques totales de santé (Source : Inami)

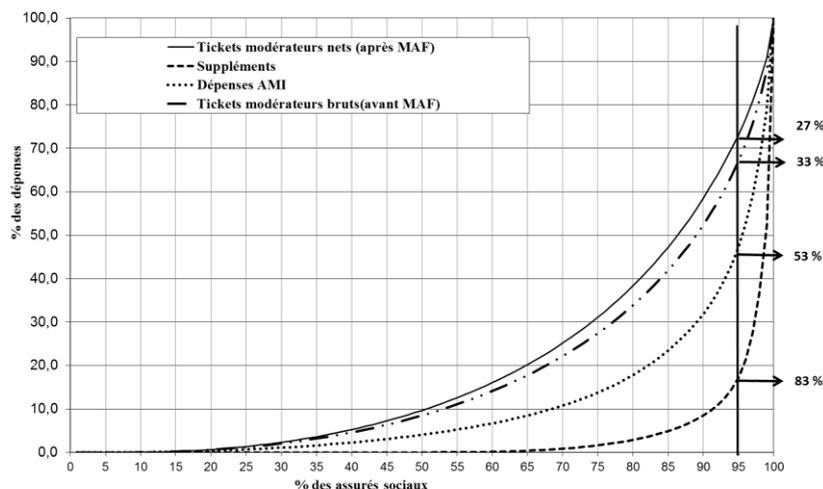


Source : Inami

Il est d'ailleurs très interpellant de constater que 46,5% des Belges (Elchardus et Te Braak, 2014) espèrent retoucher au moins autant que leurs contributions au système de santé alors que nous savons que les soins, et donc leurs coûts, sont fortement concentrés. Il est par conséquent impossible que chacun retrouve 'sa mise', il s'agit de l'essence de la solidarité. On peut interpréter cet 'espoir' comme une sorte de principe de réciprocité et donc comme une certaine forme de rejet du principe de sélectivité. Il faudrait évidemment procéder à une analyse qualitative afin de vérifier les véritables motivations des répondants mais, compte tenu de la concentration des soins et donc de la répartition de l'occurrence des épisodes de maladies au cours d'une année, on pourrait s'attendre à ce qu'une

très large majorité de personnes ‘acceptent’ l’idée de retoucher moins que le montant de leurs contributions.

Figure 4 : Représentation de la concentration des divers coûts d’hospitalisation (remboursements – tickets modérateurs et suppléments) pour l’année 2012



Source : Agence Intermutuelliste – AIM - IMA)

Globalement, les trois caractéristiques du système de solidarité belge mise en évidence attestent d’une prégnance du paradigme néo-classique qui s’exprime dans des politiques néo-libérales. Le facteur travail est toujours fortement mis à contribution alors que le système de protection sociale bénéficie à toutes et tous, le capital est largement épargné en raison de sa ‘mobilité’ supposée, les cotisations sociales sont réduites dans l’espoir de favoriser l’emploi, la responsabilité financière est instaurée mais on admet qu’il faut en réduire les effets pour les plus démunis et on introduit une sélectivité implicitement justifiée par une incapacité à faire participer tout un chacun en fonction de ses capacités contributives réelles. Pour les ménages plus favorisés, la sélectivité dont ils ne peuvent bénéficier est en quelque sorte le prix à payer pour qu’une part de leurs revenus ne soient pas mise à contribution. On est toutefois en droit de se demander si la pérennité d’un système de solidarité est assurée dès lors que l’on déroge à ses principes fondateurs : celui d’une assurance égale pour chacun que ses besoins seront rencontrés sans investiguer dans quelle mesure il le mérite dès lors qu’il a participé pleinement au financement du système en fonction de sa capacité contributive réelle. Dévier de cette logique assurantielle autorise, voire rend inévitables, les ‘petits arrangements’ réglementaires.

Nous défendons donc la thèse que ce qui met en péril les systèmes de solidarité et notamment l’assurance maladie ne doit pas être recherché dans les mesures qui semblent dictées par la crise économique et financière. Ce qui fragilise la solidarité mais aussi le vivre-ensemble susceptible de donner du sens au concept de ‘commune humanité’, ce sont des convictions, des dogmes

économico-politiques qui sont complètement ancrés dans le paradigme néo-classique. Nos trois constats sont de nature à exacerber la dualisation du système de santé car ils n'expriment pas des mesures conjoncturelles liées à la crise mais bien des tendances structurelles de long terme. La crise est toutefois plus fondamentale, plus grave que ce que les taux de croissance des dernières années semblent montrer, la crise est sociétale et anthropologique.

2 « Justifications » des politiques néolibérales

Il nous semble que les politiques néolibérales continueront à s'articuler autour de deux finalités principales : la promotion de la croissance et la limitation de la solidarité. Comme nous l'avons explicité plus haut, la dernière crise a permis de justifier des politiques d'austérité qui s'avèrent particulièrement fonctionnelles dans la quête de ces deux finalités. L'austérité a aussi engendré ses mécontents, ses indignés face aux drames des multiples manifestations de l'exclusion et de l'inégalité, au sein des pays et entre les pays. La tentative de naturalisation de l'austérité est donc progressivement mise à mal par une forme de nouveau citoyen et les épigones de la logique néolibérale se voient dorénavant dans l'obligation de justifier leur politique. Ces justifications s'accompagneront de défis que nous identifions comme autant de lieux d'affrontements idéologiques dont l'issue déterminera le type de société dans laquelle nous pourrions ou devrions vivre, vainqueurs libérés de la pensée dominante ou vaincus inféodés à la dictature du 'toujours plus'.

2.1 Légitimation de la croissance

De nombreuses mesures sont prises au nom de la croissance et de son cortège de présumés effets positifs dans les domaines qui nous sont 'chers' et parmi lesquels on trouve l'emploi, le pouvoir d'achat, le niveau de vie, le bien-être. Aussi longtemps qu'une majorité est convaincue que sa joie de vivre, souvent confondue avec le plaisir, dépend de la croissance, la collectivité semble prête à accepter les épreuves de l'austérité présentée comme provisoire, une manière de reculer pour mieux sauter vers une croissance que l'on espère durable. Quand les mesures d'austérité relèvent de la cosmétique politique et économique, le nombre des 'gagnants' est suffisant pour qu'une majorité relativement silencieuse s'accommode des désagréments dont elle sent les effluves et 'accepte' que les 'perdants' (car il en faut) chutent littéralement et ostensiblement quand ils n'ont pas le sursaut de dignité qui devrait les amener à s'effacer, disparaître d'un spectacle où chacun semble si bien jouer son rôle. Mais dès que les mesures d'austérité prennent l'allure d'une remise en question fondamentale des acquis, le 'chacun pour soi' ne semble plus suffire. Privatisations implicites des services publics, saut d'index, modification des conditions de pensions sont profondément ressenties comme des menaces à l'égard de ce qui n'est plus le 'bien-être' mais seulement l'être. Comment 'être' dans

une société où, tout ce qui constituait un ciment entre les personnes, s'effrite et fait apparaître précisément en quoi ce lien, ignoré par un lent mais profond processus de naturalisation, était signifiant. Apparaît progressivement le sentiment d'avoir été floué sur la marchandise, celui qui pensait qu'il pouvait s'en sortir mieux seul, que ce sont les autres qui allaient souffrir, que son mérite personnel le mettait à l'abri des sanctions réservées aux profiteurs du système, prend progressivement conscience que c'est ensemble que nous trouverons une solution, que si l'embarcation 'solidarité' coule, on ne devra même pas chercher les survivants dans les eaux tumultueuses de la débrouille. Quant à la minorité des privilégiés, elle aura pris soin de débarquer à temps et de se prémunir des intempéries sociales, économiques et financières. Mais en sortiront ils plus humains ? On peut toutefois espérer que le naufrage n'aura pas lieu, que la majorité cessera d'être silencieuse et qu'elle exigera une justification de la poursuite à tous prix de la croissance. Imaginons dans ce cas, un court instant, les défis qu'il nous faudrait relever. Il s'agit bien de 'nous' et pas seulement de celles et ceux qui gouvernent car ils ne sont finalement 'que' l'émanation du peuple.

2.1.1 Le défi écologique

Comme le rappelle Bruno Villalba, « les crises écologiques et énergétiques interrogent les conditions d'existence matérielles de la démocratie » (Villalba, 2015), ces crises que l'on semble ignorer dès lors que la croissance est en danger nous rappellent pourtant que nous sommes acteurs de notre destin écologique commun. On ne peut indéfiniment accepter que le pragmatisme économique supplante le rêve salvateur d'une terre vivable pour toutes et tous. Il n'est pas illusoire d'imaginer qu'au plus les perdants sont nombreux, au plus leurs pertes sont importantes au moins ils se nourrissent de ce menu déséquilibré qui leur est proposé car pour quelques dixièmes de points de croissance potentielle, il faut payer comptant en centaines de milliers d'exclus. Ceux qui restent, mais pour combien de temps encore, inclus paient par des journées harassantes, une vie de labeur passée à espérer qu'ils ne seront pas morts avant de pouvoir jouir d'un repos bien mérité. Imaginons donc un instant que cette course à la croissance doive être justifiée et que si ses thuriféraires ne sont pas convaincants, la population choisisse la sobriété, par tous et pour tous, sans attendre que la lutte des classes ne se double d'une lutte des places (Villalba, 2015).

2.1.2 Le défi systémique

C'est alors tout le système qu'il faudra changer et cela aussi sera douloureux. C'est peut-être en raison de cette douleur qui va inévitablement gagner le corps et l'esprit de générations habituées à une certaine opulence que le choc doit être fort pour que, malgré tout, une large majorité fasse ce choix d'une certaine forme de privations, du moins dans un premier temps. Si le maintien ou

l'augmentation du futur pouvoir d'achat est l'un des arguments utilisés par les gouvernements néolibéraux pour faire accepter les mesures d'austérité, une population rendue lucide par l'impact de ces mesures peut considérer qu'elle détient un pouvoir de 'non-achat'. En 1956 déjà, Günther Anders identifiait les affres de la consommation de masse et le paradoxe selon lequel l'humain devait acheter ce qui contribuait à sa propre servitude, payant ainsi pour se vendre⁸. Il concevait en 1958 la publicité comme une injonction, un impératif à être 'sans pitié' à l'égard des objets qu'il nous faut remplacer, comme un appel à la destruction⁹. On retrouve cette idée chez David Graeber pour qui « ce qui est créé dans une sphère est utilisé – et pour finir, usé, détruit – dans l'autre »¹⁰ et cette possibilité de détruire une chose est la preuve ultime de la possession de cette chose¹¹, ce qui nous renvoie au concept d'individualisme possessif selon lequel « les gens se considèrent comme des êtres isolés qui ne définissent plus leur rapport au monde en termes de relations sociales, mais en termes de droits de propriété »¹², une valeur qui a permis à une classe de gens « d'intérioriser la logique d'exclusion comme une manière de définir leur propre personne »¹³. Une logique également de marchandisation dont aucun domaine de l'existence n'est épargné (Sandel, 2014). Plus d'un demi-siècle plus tard, la mainmise capitaliste s'est exacerbée. Selon Wolfgang Streeck, la théorie des crises n'est pas parvenue à percevoir la capacité du capitalisme à s'imposer à travers, non seulement des mécanismes économiques et financiers, mais aussi au travers d'une prégnance culturelle et sociale. Le basculement vers des marchés autorégulés permettant une dynamique d'accumulation, la propagation de modes de vie adaptés au capitalisme contredisant les attentes de la crise de légitimation dont il aurait dû être touché et enfin, les crises économiques qui n'ont eu que des effets marginaux sur le système sont les trois évolutions qui traduisent cette mainmise du capitalisme¹⁴. Si l'on prend au sérieux les critiques de Anders et Illich, et comment pourrait-il en être autrement au vu de leur caractère visionnaire, c'est très précisément au cœur du système qu'il faut agir, au plus profond de ce qui nous semble être notre essence, et remettre en question le paradigme néoclassique de l'homo oeconomicus. Non pas théoriquement, mais par des actes concrets de refus de consommation, donc de refus de destruction des objets qui *nous* possèdent. Pour un instant, imaginons que cette incapacité à justifier la croissance nous ouvre à la lucidité de notre pouvoir de résistance à un capitalisme qui n'est pas inévitable comme mode de société.

⁸ (Anders, 2012), p.122

⁹ (Anders, 2011), pp. 43-44

¹⁰ (Graeber, 2014), p.156.

¹¹ Op.cit. p. 190.

¹² Op.cit. p. 188.

¹³ Op.cit. p. 114.

¹⁴ (Streeck, 2014), pp.25-26.

2.1.3 Le défi anthropologique

Défier le capitalisme n'est possible que si nous osons questionner notre propre existence. Dans l'histoire du libéralisme on reconnaît à l'individu lockéen le droit à la propriété de soi et donc du fruit de son travail. On voit ainsi apparaître un lien qui deviendra sans cesse plus étroit entre l'être et l'avoir au point qu'exister ne semble plus possible sans posséder. Une fois de plus, il faut reconnaître la pertinence de la critique de Gunther Anders qui percevait à quel point les choses que nous acquérons finissent par nous posséder. C'est donc bien la conception même de l'existence humaine qui est remise en question dès lors que, non seulement les modes d'acquisition, mais le principe même de l'acquisition est contesté. Revenir à un stade 'pré-acquisition', c'est se donner la possibilité de redéfinir l'homme, de penser l'ontologie de son existence. Certains frémissements citoyens semblent porteurs de signes d'espoir et nous permettent, pour un instant, de concevoir et non seulement rêver, un avenir où l'homme (re)vient aux fondamentaux de son existence. En effet, lorsqu'on s'engage dans un mouvement d'indignés, de penseurs alternatifs¹⁵, lorsqu'on met en place un système de 'donnerie' où la marchandisation fait place au don, à l'échange de contacts humains, quand des 'monnaies sociales'¹⁶ permettent d'assurer des services que le marché délaisse, ce n'est pas seulement le mode d'échange et d'accumulation capitaliste qui est remis en question, c'est notre façon de vivre et d'être.

2.2 Légitimation d'une solidarité réduite

C'est confronté aux mesures d'austérité que l'individu est susceptible de prendre conscience du rôle que joue la solidarité. Nous avons déjà expliqué que la critique fondamentale néolibérale à l'égard de l'Etat-providence consiste à réfuter la compatibilité entre solidarité et responsabilité (Léonard, 2015b). Le discours est relativement bien rôdé, des individus libres et donc responsables doivent assumer leurs choix et ne pas en faire subir les conséquences aux autres. Toutefois, chacun pense que ce sont les autres qui méritent d'être 'responsabilisés', sanctionnés pour leur comportement incivique ; les fumeurs, les alcooliques, les sédentaires, les obèses, les chômeurs, les actifs qui pratiquent un sport à risque, les patients 'non compliants', ... en fait pas mal de monde alors que chacun est convaincu de ne pas être concerné, même si cela devrait relever de la mauvaise foi pour celles et ceux qui, par exemple, se verront prescrire une activité physique par leur médecin¹⁷. Etrange manque de lucidité à l'égard de soi-même quand il s'agit d'admettre nos 'défaillances'. Tout aussi étrange cette

¹⁵ Voir par exemple les mouvements 'Tout autre chose' <http://www.toutautrechose.be/> et 'Hart boven hard' <http://www.hartbovenhard.be/> ou le mouvement convivialiste <http://www.lesconvivialistes.org/> dont le nom fait inévitablement penser à Ivan Illich.

¹⁶ Voir par exemple <http://www.qoin.org/why/community-currencies-at-a-glance/social-currencies/>

¹⁷ En effet, un amendement à la loi santé française, proposé par l'ex Ministre des sports Valérie Fourneyron, a été adopté le 10 avril 2015 à une large majorité (Cabut et Santi, 2015).

certitude qui nous habite quand nous estimons nos propres mérites ‘positifs’, nous méritons notre salaire¹⁸, notre situation sociale, notre conjoint ... les mesures de ‘pseudo-responsabilisation’ peuvent alors être prises dans tous les domaines de l’existence puisqu’elles ne concernent que les autres. Aussi longtemps que nous ne percevons pas que nous sommes également touchés par les réductions du champ de la solidarité, nous nous contentons de déplorer que les mailles du filet de protection sociale s’élargissent. Vient alors le moment où ce filet ne retient pas un proche, ou nous-mêmes, et la lumière se fait sur le processus qui est à l’œuvre. Nous verrons plus loin qu’une attitude de care des uns vis-à-vis des autres est susceptible de nous éviter cette désagréable surprise, mais imaginons un instant qu’une masse critique au sein de la population vive ces dénis de solidarité, imaginons les défis auxquels la société devra faire face. Les solutions qui émergeront des lieux de confrontations vont, tout comme pour la légitimation de la croissance, constituer les nouvelles bases de la société. Nous allons voir que, tout comme le renoncement à la croissance a un prix, à nos yeux justifié, le maintien de la solidarité exige que nous assumions les réelles responsabilités consubstantielles à une liberté légitimement revendiquée.

2.2.1 Le défi technologico-éthico-médical

Notre analyse est focalisée sur les soins de santé mais c’est bien l’ensemble des domaines de l’existence qui sont touchés par les mesures d’inspiration néolibérales. Les soins de santé, nous l’avons déjà souligné, sont toutefois un ‘lieu’ particulier où l’on retrouve la plupart des sentiments humains mais aussi la plupart des possibles expérimentations d’ordre politique, économique, sociologique, psychologique ... Parce qu’il s’agit d’un des biens les plus précieux avec l’amour, la santé concentre les tensions, les déchirures, les craintes, les espoirs, la vie finalement jusqu’à ses derniers instants. La manière d’entrer en colloque singulier avec son médecin, mais aussi d’en sortir, la relative difficulté ou facilité avec laquelle on passe à travers les tracasseries administratives et financières avec son assureur ou l’institution de soins, vont déterminer l’existence qu’il nous est permis de vivre.

Au centre du défi médical, nous identifions la dyade personne – maladie. Dyade, car il nous semble que les deux éléments sont particulièrement interconnectés mais aussi par ce qu’ils doivent, pensons-nous, restes différenciés afin d’éviter que la personne ne soit réduite à un patient, lui-même identifié à sa maladie. D’essentiellement médical, le défi est devenu ‘technologico-médical’ en raison des multiples rôles que peuvent jouer les nouvelles technologies dans la détection des maladies, leur prévention et leur traitement. La Figure 5, illustre en quoi le traitement de la ‘personne-maladie’ devient de plus en plus personnalisé. La connaissance du génome humain, objet de

¹⁸ Selon une enquête récente de PwC, 50% de 882 Belges interrogés estiment qu’ils ne sont pas bien récompensés de leurs effets, ils étaient 40% en 2013 (PricewaterhouseCoopers (PwC), 2014a).

nombreuses convoitises¹⁹, peut-être combinée à celle de la pathologie et dans le cas d'une tumeur, sa caractérisation génomique est de nature à affiner les thérapies proposées. Avant de penser à traiter, on peut évidemment détecter les risques, c'est-à-dire procéder à des tests de dépistage, qui confirment ou infirment la présence d'une pathologie. On peut également procéder à des tests prédictifs tels que ceux qui ont amené Angelina Jolie à décider de subir une mastectomie bilatérale car elle avait appris que ces gènes BRCA1 étaient l'objet d'une mutation signifiant un risque très élevé de cancer du sein. Si l'on ajoute à ces connaissances extrêmement pointues relatives à la génomique, les informations concernant le style de vie et l'environnement de la personne, on atteint un niveau de connaissance dont certains n'hésitent pas à dire que l'on « pourrait faire en sorte qu'un citoyen ne devienne pas un patient »²⁰. C'est ce que promet finalement Google qui a annoncé le 18 septembre 2013, la création de Calico, société qui va œuvrer à l'allongement de l'espérance de vie en franchissant les frontières du transhumanisme que Google soutient en parrainant une institution qui forme des spécialistes en NBIC²¹ (Alexandre, 2013). C'est toujours Google qui va lancer la 'Baseline Study' qui consistera à séquencer le génome de 10.000 volontaires dans le monde et à suivre toutes les données possibles sur leur état de santé. A terme, il s'agit de proposer, en partenariat avec Novartis et Biogen, des innovations telles que des lentilles de contacts qui en plus de corriger la vue, analysent en permanence le taux de sucre ou des nanocapteurs qui repèrent les cellules cancéreuses dans le sang (Hecketsweiler, 2015b). On peut imaginer que les essais cliniques randomisés 'traditionnels' vont laisser la place progressivement à des 'essais cliniques personnalisés' concernant quelques personnes (Cabut et Santi, 2013), chacun devenant finalement porteur d'une 'maladie rare'. Afin de 'parfaire' l'identité médicale du futur expatient les très nombreuses applications informatiques existantes et en développement apporteront demain la touche finale à la levée totale de l'intimité humaine au travers d'un Big Data qui pourrait à terme connecter des données administratives, médicales et comportementales. On nous promet un changement de paradigme du 'curatif' au 'préventif' mais au vu de l'importance du secteur de la e-santé, estimé à 2,4 milliards d'euros en 2012²², on ne doit pas s'attendre à une remise en question du paradigme de la croissance et du capitalisme. Mais ne nous laissons pas distraire par des

¹⁹ Début janvier, Roche a acquis pour 800 millions d'euros une participation majoritaire dans Foundation Medicine <http://www.foundationmedicine.com/>, une société américaine partiellement financée par Google et spécialisée dans l'analyse génétique (Hecketsweiler, 2015a).

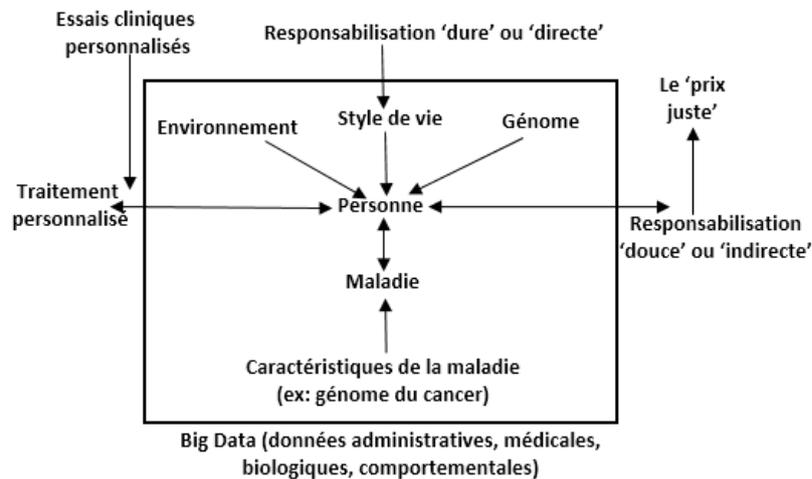
²⁰ Voir l'interview du Directeur solutions et marchés émergents de l'éditeur de logiciels SAS (Caulier, 2014)

²¹ NBIC – Nanotechnology Business Creation Initiatives

²² Ainsi qu'un taux de croissance annuel de 4 à 7% à l'horizon 2017 (Henri, 2014), p.7. Document émanant du Think Tank 'Renaissance Numérique' qui se définit comme « un lieu d'échanges, de réflexion, d'expertise et de production d'idées et de projets qui contribue à éclairer les citoyens et les décideurs, dans le sens de l'intérêt commun au travers d'un projet éducatif, scientifique, culturel et social ». <http://renaissancenumerique.org/think-tank/presentation>

considérations basement matérielles, comment résister à ce monde merveilleux qui vous promet la vie quasi éternelle pour autant que vous ouvriez votre cœur et tous vos autres organes à l'appétit pantagruélique de super ordinateurs qui, dans le cas très improbable d'une maladie, proposeront à votre médecin le remède sur-mesure à la place des pilules prêt-à-porter actuelles censées convenir à tout le monde, donc à personne. On serait abusivement optimiste en pensant que la personne, cet humain que Rousseau distinguait de l'animal grâce à sa liberté²³, refuserait de céder les secrets de son existence contre quelques années de vie. En effet, selon une enquête de PWC réalisée en mai 2014 auprès de 9.281 personnes au niveau mondial, 67% des répondants seraient prêts à placer un capteur dans leur voiture ou leur maison si cela pouvait générer une réduction de primes d'assurance. Selon la même enquête, un répondant sur deux serait prêt à fournir des informations additionnelles à son assureur à propos de son style de vie afin qu'il puisse trouver les services les plus adéquats pour sa situation (PricewaterhouseCoopers (PwC), 2014b). Quelle éthique peut-on encore espérer pour les applications d'une technologie dont on ne peut limiter l'évolution quand elle se dit au service de la médecine, donc de l'humanité. Une médecine dont on nous annonce qu'elle ne sera peut-être plus représentée physiquement par des humains mais qu'elle agira au travers de la média-médecine (consultation par skype, chirurgie robotique et monitoring à distance) (Vallancien, 2015).

Figure 5 : Schématisation des défis technologico-médical et sociétal liés à la légitimation de la réduction de la solidarité



2.2.2 Le défi sociétal

On perçoit très clairement le défi sociétal que ne manquera pas de susciter cette complexe question. Les tendances 'lourdes' à

²³ Voir notamment (Rousseau, 2008), p.79.

proposer et implémenter des mesures de pseudo-responsabilisation devraient dans un tel contexte devenir quasiment obsolètes. Grâce à l'e-santé, on peut en effet s'attendre à ce que les comportements préventifs deviennent une évidence pour chacun. Cette prévention qui « diffère de la prudence, en ce qu'elle repose sur un comportement volontaire, qui se traduit par la pratique d'activités physiques, le contrôle de l'alimentation, le tout rendu particulièrement facile grâce à la pénétration des nouvelles technologies dans notre quotidien »²⁴ devrait intégrer naturellement la vie de 'l'homme-en-santé' de demain. Ces mesures 'dures' et 'directes' pourraient en effet être remplacées progressivement par une pseudo-responsabilisation 'douce' et 'indirecte'. En fait, le vocable 'responsabilisation' pourrait céder la place à celui de 'juste prix', beaucoup moins connoté au niveau moral, signifiant ainsi que chacun couvre les coûts précis que le maintien de son état de santé génère. Aujourd'hui, au-delà des arguments éthiques qui fondent la solidarité, même à l'égard de celles et ceux qui ne semblent pas tout faire pour adopter un comportement sanitaire correct, l'argument de l'impossibilité technique se révèle à la fois pertinent et dangereux. Pertinent car il justifie que l'on ne se lance pas dans des processus de responsabilisation sur base de critères peu rigoureux, mal étayés par les données empiriques et tout aussi mal servis par des données personnelles lacunaires. Dangereux, car il invite à la révision des avis à l'égard de la responsabilisation dès lors que les obstacles techniques sont levés, ce que promet l'utilisation du Big Data. Si nous ne sommes pas parvenus à sortir du paradigme néo-classique, que chacun est devenu l'objet d'une attention technico-médicale unique car il s'est totalement mis à nu, afin de bénéficier du meilleur traitement mais aussi de la meilleure assurance, alors même le concept de solidarité devrait apparaître comme dépassé, relevant d'un autre temps. A moins que nous soyons capables de relever un défi démocratique de taille.

2.2.3 Le défi démocratique

Dominique Rousseau propose de radicaliser la démocratie, de « revenir aux principes, à la racine de la chose démocratique, c'est-à-dire au peuple » car le peuple a « été englouti par le marché – le consommateur a pris le pas sur le citoyen – et par la représentation : les représentants parlent à la place des citoyens » (Rousseau, 2015). C'est un peu ce qui a été entrepris récemment en Belgique lorsqu'on a demandé à la population de s'exprimer à propos de ses préférences à l'égard des critères à utiliser pour décider du remboursement des biens et soins médicaux (Cleemput et al., 2014) après avoir testé l'idée auprès des décideurs (Cleemput et al., 2015, Cleemput et al., 2012). Nous avons déjà évoqué ces exemples de mobilisation citoyenne qui permet d'imaginer la constitution progressive d'un contre-pouvoir légitime. Toutefois, on peut craindre que si la personne est monitorée par une alliance entre la technologie, la médecine et l'assurance, elle soit dépossédée de sa

²⁴ (Henri, 2014), p11.

volonté d'expression. Lorsqu'on accepte de se livrer entièrement à un super-computer et de suivre les recommandations qu'il produit pour notre 'meilleure santé', est-on encore capable de contester le système ? Nous avons développé le concept de care capacitant, cette pratique qui consiste à 'prendre soin' de soi d'abord, et des autres afin qu'ils puissent accepter leurs vulnérabilités et être progressivement libérés des multiples contraintes liées à une 'obligation de performance'. Etre ainsi libéré était selon nous une porte ouverte à une réelle responsabilisation tant individuelle que collective (Léonard, 2012, Léonard, 2013a, Léonard, 2013b, Léonard, 2014a, Léonard, 2014b, Léonard, 2014c, Léonard, 2015b). Face au déterminisme total qui se profile au travers des données rassemblées au sein du Big Data, le care capacitant est peut-être le seul espoir de rendre à chacun des degrés de liberté car si notre dossier informatisé complet peut conclure à l'existence d'une maladie en devenir et qu'il peut proposer un médicament personnalisé, il ne pourra jamais prévoir de que deviendra notre comportement demain suite à la rencontre de celui ou celle qui aura pris le temps de 'prendre soin de nous'. Un espoir de liberté subsiste donc, un espace demeure pour la responsabilité, le citoyen et donc le peuple n'est pas encore en état de mort cérébrale. Nous sommes alors capables de relever un défi supplémentaire qui consiste à contester le monopole des connaissances aux détenteurs de Big Data.

2.2.4 Le défi épistémologique

Si l'on considère l'épistémologie dans son acception la plus large c'est-à-dire comme la théorie de la connaissance, l'ultime défi que l'on peut identifier est très probablement celui qui concerne le 'quoi' et le 'comment' des connaissances dont la personne et la société de demain auront besoin. L'évolution des technologies est bien en marche et il nous semble indispensable de considérer Big Data et la média-médecine comme des données réelles afin d'imaginer quels types de connaissances alternatives il nous appartient de développer pour conserver, voire redonner vigueur, à l'humain. Afin de calculer le 'juste prix', dont on peut douter qu'il s'agira d'un 'prix juste', d'une médecine personnalisée, les assureurs de demain devront disposer des mêmes informations que le corps médical, c'est-à-dire des risques de pathologies objectivés aux moyens de données génétiques et comportementales. On ne peut espérer naïvement qu'ils renonceront à en extraire le maximum de profit possible, leur reprocher cette démarche mercantile trahirait d'ailleurs une méconnaissance des rouages de l'économie capitaliste. Toutefois, si l'on prend au sérieux le rôle des associations de citoyens, si l'on renforce notre sentiment, qui devrait idéalement devenir une conviction, que celles et ceux qui nous gouvernent nous représentent, il faut alors se soucier de la manière de prendre connaissance des valeurs et préférences de la population. Nous situons l'essentiel de ce défi épistémologique alternatif à ce niveau, rendre compte de ces valeurs de manière

objective certes mais aussi en ayant pris le soin d'informer les citoyens, au départ inévitablement d'une certaine posture philosophique, du contexte et des conséquences de leurs choix. Recueillir l'avis de la population exige une pédagogie déclinée en fonction des capacités de chaque groupe à intégrer l'information fournie. Il peut paraître paradoxal que nous considérions inévitable le fondement de la démarche par une certaine 'posture philosophique' alors que nous prônons l'objectivité de la restitution des résultats de ces 'enquêtes d'opinion'. N'oublions pas qu'il s'agit de constituer une connaissance utile alternative au développement d'un système de santé dont les soins ne seront pas les seuls à être 'personnalisés', c'est fort probablement aussi la couverture des coûts qui sera 'individualisée', rendant le concept de solidarité obsolète. C'est donc uniquement si l'on croit à une société alternative, si l'on veut, contre la rationalité économique et financière, proposer une rationalité humaniste, que l'on décidera d'entamer cette élaboration d'une connaissance alternative. S'informer auprès des citoyens-patients et les informer exige la pratique d'un care informationnel, une manière de concevoir les questions à poser et les informations à transmettre qui exige le plus grand soin dans le choix des mots, des concepts, des articulations et argumentations afin d'être compris et de recevoir, non pas ce à quoi on s'attend, mais ce qui vit au plus profond des personnes. Ce qui a été réalisé par le KCE pour les règles de bonnes pratiques en ce qui concerne l'accouchement à bas risques (Mambourg et al., 2010), le dépistage du cancer de la prostate (Mambourg et al., 2014), la surveillance active du cancer de la prostate (Jonckheer et al., 2013), les préférences de la population à l'égard des critères de remboursement (Cleemput et al., 2014) sont autant d'exemples de pratique de ce care informationnel susceptibles de montrer une voie pour relever le défi épistémologique auquel chercheurs en santé publique et décideurs sont confrontés.

3 Conclusion programmatique à l'attention des sciences économiques

L'économie de la santé au sens strict de son acception est fortement impliquée dans les décisions relatives à l'affectation des moyens limités aux fins de soins multiples, essence du problème économique. L'approche d'inspiration utilitariste qui prédomine jusqu'à présent a permis de systématiser des décisions qui pouvaient prendre un caractère quelque peu arbitraire ou du moins manquer d'une certaine cohérence. Avant d'imaginer évacuer totalement cette approche d'inspiration néoclassique, on peut la compléter par des outils d'intégration d'aspects éthiques qui permettent de renforcer, nuancer voire contredire des conclusions d'ordre quantitatif (Léonard, 2015a). On entre alors dans l'économie de la santé comprise comme l'organisation des différents éléments de l'ensemble 'système de santé'. Intégrer l'éthique, et notamment les questions d'équité, dans l'économie de la santé répond à un besoin identifié dans de nombreuses disciplines par nature

complémentaires ; la médecine, la santé publique, la sociologie, la philosophie, la psychologie et l'économie. Toutefois, trop souvent les débats n'associent pas l'économie à ces disciplines, ils les opposent. Il nous semble que la simple juxtaposition de postures différentes n'est pas de nature à apporter une réponse féconde aux multiples défis que nous avons identifiés, il est indispensable d'opérer une réelle intégration de toutes les approches susceptibles de contribuer à une solution humaniste à des problèmes qui le sont tout autant. Si le concept de risque se dilue progressivement dans l'avènement d'un déterminisme quasi complet, celui d'assurance deviendra beaucoup moins pertinent et il nous faudra des fondements moraux solidement établis et acceptés au sein de la société pour justifier la solidarité. Le concept d'efficience doit être revu à l'aune de considérations éthiques susceptibles d'apporter des pondérations aux gains de santé pour certains types d'états de santé qui nécessitent certains types de soins (exemple les soins palliatifs, les soins aux grands prématurés, les soins aux personnes lourdement dépendantes ou handicapées). De la même manière, les concepts d'assurance, hasard moral et sélection adverse doivent aussi être revisités pour tenir compte du degré de certitude qui va de plus en plus entouré l'épisode de maladie et de soins. L'économiste ne doit-il pas adopter une posture éthique forte, pour autant que cela corresponde avec ses convictions, afin de redonner un fondement à la solidarité ? Imaginons qu'un assureur annonce à une personne le 'juste prix' qui lui est demandé pour son programme de santé pour les cinq prochaines années. Imaginons, que la personne dispose des moyens financiers pour assumer ce coût. Si elle est mise au courant du 'juste prix' demandé à une personne en situation légèrement moins favorable, elle pourrait estimer que le léger supplément à payer par l'autre est tout à fait acceptable puisqu'elle-même assume un montant à peine inférieur. De manière itérative, elle peut ensuite adopter un raisonnement similaire pour la personne qui devra payer un 'juste prix' très légèrement supérieur à celui réclamer à la personne précédente. Et ainsi de suite jusqu'à atteindre un 'juste prix' rédhibitoire. Mais à partir de quelle différence, la personne de référence est-elle censée réagir et s'exclamer, « cela suffit, je suis disposée à payer pour cette personne ». Si ce raisonnement est suscité chez l'ensemble des personnes d'une société, nous serions probablement surpris de la cohérence d'ensemble en défaveur de la solidarité que ces approches itératives pourraient susciter. Une économie 'sèche' se contentera de concevoir le modèle qui permettra d'extraire le profit maximum de chacune de ces situations. L'économie alternative devra concevoir un 'produit d'assurance'²⁵ fondé sur le concept de compassion ou même de pitié si l'on peut suivre Rousseau pour qui un principe a été donné à l'homme pour adoucir la férocité de son amour propre et tempérer l'ardeur qu'il a pour son bien-être par

²⁵ Les groupements d'achats d'assurances tels que ceux que l'on connaît pour l'énergie, risquent de ne pas suffire pour sauver la solidarité (Voir la Libre Belgique du 23 avril 2015, p.34 « L'achat groupé gagne aussi les assurances ».

une répugnance innée à voir souffrir son semblable²⁶. Pourquoi alors ne pas prévoir un ‘produit’ d’assurance qui intègre cette propension à la pitié et de justifier, de manière à nouveau itérative, l’aide financière à apporter à d’autres, beaucoup moins bien loti que nous et de réitérer le raisonnement, cette fois à l’égard de personnes qui nous sont de plus en plus proches, et pour lesquelles, chacun ressent suffisamment de pitié pour leur apporter son aide au moyen d’un système de ‘péréquation des justes prix’. Finalement de nombreux outils ‘néoclassiques’ pourraient être ‘récupérés’ afin de refonder la solidarité dont nous craignons qu’elle soit mise à mal par les évolutions technologiques dans le prolongement d’une critique déjà bien rôdée de l’Etat-providence. Si nous ne nous trompons pas trop, l’ampleur des défis à venir est telle qu’il nous faudra inventer une collaboration interdisciplinaire qui n’exclura aucune forme de pensée, aucun type d’approche mais qui au contraire pourra les rapprocher et faire en sorte que les différents concepts et modes de travail soient véritablement intégrés et articuler autour de valeurs morales incontestables si l’avenir de l’humain nous préoccupe encore.

4 Bibliographie

Alexandre, L. (2013) Google contre la mort. *Le Monde - Sciences & Technologies*. Paris.

Anders, G. (2011) *L'obsolescence de l'homme. Tome2. Sur la destruction de la vie à l'époque de la troisième révolution industrielle*, Fario - Ivrea.

Anders, G. (2012) *L'Obsolescence de l'homme. Sur l'âme à l'époque de la deuxième révolution industrielle*, Editions de l'Encyclopédie des nuisances - Editions Ivrea.

Bes, R., Kerpershoek, E., Brabers, A., Reitsma-Van Rooijen, M., Curfs, E. & De Jong, J. (2014) Wat hoort er in het basispakket volgens verzekerden? Utrecht, NIVEL.

Cabut, S. & Santi, P. (2013) Essais cliniques des médicaments: la nouvelle donne. *Le Monde (Edition du 09 décembre)*. Paris.

Cabut, S. & Santi, P. (2015) Sport. Le champion des traitements. *Le Monde (Edition du 22 avril)*. Paris.

Caulier, S. (2014) Vers une médecine préventive et personnalisée. *Le Monde (Edition du 03 novembre)*. Paris.

Cleemput, I., Christiaens, W., Kohn, L., Léonard, C., Daue, F. & Denis, A. (2015) Acceptability and Perceived Benefits and Risks of Public and Patient Involvement in Health Care Policy: A Delphi Survey in Belgian Stakeholders. *Value in Health*, (2).

²⁶ (Rousseau, 2008), p.95.

Cleemput, I., Devos, C., Devriese, S., Farfan-Portet, M.-I. & Van De Voorde, C. (2012) Principles and criteria for the level of patient cost sharing: Reflections on value-based insurance. *Health Service Research Nr 186*. Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

Cleemput, I., Devriese, S., Kohn, L., Devos, C., Van Til, J., Groothuis, K., Vandekerckhove, P. & Van De Voorde, C. (2014) Incorporating societal preferences in reimbursement decisions. Relative importance of decision criteria according to Belgian citizens. *Health Service Research (HSR) Nr 234*. Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).

Crommelynck, A. & Wantier, M. (2015) 10ème Baromètre MC de la facture hospitalière. *MC - Informations, N°259 - Mars, pp.17-38*.

Demarest, S. (2015) Accessibilité financière aux soins de santé. IN Drieskens, S. & Gisle, L. (Eds.) *Enquête de santé 2013. Rapport 3. Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux*. Bruxelles, Institut de Santé Publique (WIV - ISP). p. 789-840.

Elchardus, M. & Te Braak, P. (2014) Vos soins de santé. Votre avis compte! Bruxelles, Institut d'assurance Maladie Invalidité (INAMI).

Farfan-Portet, M.-I., Devos, C., Devriese, S., Cleemput, I. & Van De Voorde, C. (2012) Simplification of patient cost-sharing: the example of physician consultations and visits. *Health Service Research (HSR) - KCE report 180*. Brussels, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).

Graeber, D. (2014) *Des fins du capitalisme*, Payot.

Hecketsweiler, C. (2015a) L'ADN, nouvel eldorado de la pharma. *Le Monde (Edition du 10 février)*. Paris.

Hecketsweiler, C. (2015b) "La médecine du futur, c'est le suivi continu des données" du patient. *Le Monde - Economie & Entreprise (Edition du 25 avril)*. Paris.

Henri, I. (2014) D'un système de santé curatif à un modèle préventif grâce aux outils numériques. 16 propositions pour un changement de paradigme des politiques de santé. *Livre blanc*, Renaissance numérique.

Jonckheer, P., Van Landeghem, S., Christiaens, W., De Winter, L., Pierart, J. & Mertens, R. (2013) Le processus décisionnel dans le choix pour la surveillance active du cancer localisé de la prostate. *Health Services Research Reports Nr 210*. Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

Laasman, J.-M., Maron, L. & Vrancken, J. (2013) Dix ans de "Baromètre coûts hospitaliers". Bruxelles, Solidaris.

Léonard, C. (2012) La responsabilisation capacitante: un nouveau paradigme pour refonder l'Etat-providence? *Éthique et économique/Ethics and Economics*, 9(2), 45-65.

Léonard, C. (2013a) Etre libre et responsable pour refonder la solidarité. *Revue d'éthique et de théologie morale*, 275(Septembre), 9-35.

Léonard, C. (2013b) Le care capacitant comme alternative au paradigme néoclassique de la responsabilité individuelle. L'exemple de la consommation de statines. *Revue du MAUSS*, 41, 157-172.

Léonard, C. (2014a) Concilier priorité de santé et liberté réelle : l'action du "care" capacitant. *Les tribunes de la santé*, (Mars), 51-60.

Léonard, C. (2014b) Décision, justice et capacitation des patients, Chapitre 21 – Décision, proportionnalité et justice distributive in , 4ème édition, 1^{er} éd., Dunod, Juin 2014, pp. 214-236. IN Jacquemin, D. & De Broucker, D. (Eds.) *Manuel de soins palliatifs (4ème édition)*. Dunod. p. 214-236.

Léonard, C. (2014c) La responsabilisation capacitante. Un paradigme pour refonder la solidarité. IN Thiel, M.-J. (Ed.) *Les enjeux éthiques du Handicap*. Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg - Chemins d'Éthique. p. 249-259.

Léonard, C. (2015a) De l'intégration des aspects éthiques en économie de la santé. *Reflets & perspectives de la vie économique*, Numéro spécial, à paraître.

Léonard, C. (2015b) *Libérer et reponsabiliser pour refonder la responsabilité*, Namur, Presses Universitaires de Namur - Epistémologie et sciences du vivant.

Lohr, K. N., Brook, R. H., Kamberg, C. J., Goldberg, G. A., Leibowitz, A., Keesey, J., Reboussin, D. & Newhouse, J. P. (1986) Use of Medical Care in the RAND Health Insurance Experiment: Diagnosis and Service Specific Analyses in a Randomized Controlled Trial. Santa Monica. RAND Corporation

Mambourg, F., Gailly, J. & Wei-Hong, Z. (2010) Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. *KCE Reports. Good Clinical Practice (GCP)*. Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).

Mambourg, F., Kohn, L., Robays, J., Janssens, S., Albertijn, M. & De Laet, C. (2014) Un outil d'aide a la décision en cas de demande d'un dépistage du cancer de la prostate par PSA. *KCE Reports. Good*

Clinical Practice (GCP) Nr 224. Bruxelles, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Orde Van Medische Specialisten (2014) Prijsplafonds in de zorg. <http://opiniepanel.cenvandaag.nl/> (16 augustus).

Pricewaterhousecoopers (Pwc) (2014a) Belgian Reward Barometer.

Pricewaterhousecoopers (Pwc) (2014b) Insurance 2020 : The digital price - Taking customer connection to a new level.

Rousseau, D. (2015) "Il faut construire une démocratie continue". IN Johannès, F. (Ed.) Paris, Le Monde - Culture & Idées (Edition du 25 avril).

Rousseau, J.-J. (2008) *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, Paris, Garnier-Flammarion.

Sandel, M. J. (2014) *Ce que l'argent ne saurait acheter*, Paris, Seuil.

Savage, R. (2010) Les cotisations sociales 1970-2008 : trajectoires non-discrétionnaires et impulsions discrétionnaires. *Federale Overheidsdienst Financiën - België*, 70(2), 127-190.

Streeck, W. (2014) *Du temps acheté. La crise sans cesse ajournée du capitalisme*, Gallimard.

Vallancien, G. (2015) "La média-médecine va de plus en plus remplacer les médecins". IN Lacroix, A. (Ed.) Paris, Philosophie magazine N°89 (Mai), p.17.

Villalba, B. (2015) Au fondement matériel de la démocratie. *Revue - Projet*, (344).

Vrijens, F., Renard, F., Jonckheer, P., Van Den Heede, K., Desomer, A., Van De Voorde, C., Walckiers, D., Dubois, C., Camberlin, C., Van Oyen, H., Vlayen, J., Léonard, C. & Meeus, P. (2012) La performance du système de santé belge *Health Services Research - Nr 196*. Bruxelles, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.