

Atelier thématique ouvert « Capitalisme et Santé »

XIV^E Congrès de l'Association Française d'Économie Politique
Capitalismes, savoirs et représentations économiques à l'épreuve des reconfigurations
Nords/Suds ?

Sciences Po Bordeaux, Pessac (France) 17-20 juin 2025

Organisation : Bruna Marion (CES, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne), Delaire Marie-Lou (CEPN, Université Sorbonne Paris Nord), Erdeniz Toprak (Iris, Université Sorbonne Paris Nord / Cetobac, École des hautes études en sciences sociales)

De nombreuses recherches se sont intéressées ces dernières années à mettre en évidence les dynamiques de privatisation, de marchandisation et de financiarisation en santé. Un nombre croissant de secteurs de la santé (assurance, hôpital, industrie pharmaceutique et de l'imagerie médicale, médico-social...) sont aujourd'hui pris dans des dynamiques capitalistes, et ce tant dans les pays du nord que les pays du sud, y revêtant des formes variées. Les systèmes de protection sociale, le travail des soignants, la relation, la qualité et l'accès aux soins en sont profondément impactés.

Comment le capitalisme transforme-t-il les systèmes de santé ? Dans un contexte de mondialisation du capitalisme, de financiarisation à l'échelle globale, sont attendus des travaux permettant d'appréhender dans une perspective internationale les transformations des systèmes de santé.

Cette proposition d'atelier vise à établir un dialogue entre les différentes sciences sociales (l'économie, la sociologie, l'histoire, la science politique etc.). Les travaux portant sur des terrains spécifiques à un pays, ayant une approche théorique et/ou empirique (qualitative ou quantitative), seront appréciés.

Axe I : Au-delà de l'accès et de la couverture : analyse des pays du Sud

Au cours des quatre dernières décennies, une vague de réformes touchant les systèmes de santé à travers le monde a conduit à modifier le financement, la prestation et la régulation des services de santé. Dans de nombreux pays, ces réformes sont introduites dans des discours politiques insistant sur « l'accès aux soins », la « productivité » et « l'efficacité » (Henderson et Petersen, 2002). Si ces réformes dans le Nord global ont été étudiées sous divers aspects lors de leur mise en place (comme la privatisation), dans les pays du Sud global, ces politiques de santé sont souvent considérées comme la seule option possible pour améliorer l'accès aux soins et aux médicaments. Dans ces études sur les pays du Sud, le rôle des acteurs locaux ainsi que la place de la santé dans la diffusion de l'économie mondiale sont souvent sous-estimés par les institutions porteuses de réformes, comme la Banque mondiale.

Ce premier axe propose de s'intéresser plus spécifiquement aux communications qui étudient les véritables motivations de ces politiques, au-delà d'une simple considération des politiques

mondiales de la santé dans le Sud global comme une condition *sine qua non* de l'amélioration de l'accès et de la couverture. En quoi ces politiques de santé influencent-elles et reconfigurent-elles les rapports de pouvoir entre acteurs locaux et internationaux ? Comment l'accumulation via le secteur de la santé est-elle reconfigurée et comment participe-t-elle à construire la légitimité du capitalisme ?

Axe II : Des solutions aux coûts élevés ?

Les discours sur le coût du système de santé et des dépenses qui y sont associées évoluent sous l'intervention des pouvoirs publics. Dans ce contexte, l'émergence du secteur privé lucratif, l'introduction du New Public Management (NPM), l'apprentissage d'un comportement entrepreneurial par le patient, ainsi que le développement de l'assurance santé privée sont des canaux de privatisation dans le secteur de la santé, visant à apporter des solutions aux coûts élevés de la santé.

En France, à la fin des années 1970, le discours en matière de coût du système de santé et des dépenses qui y sont associées évolue. L'argument selon lequel la sécurité sociale est trop onéreuse est très présent dans les débats parlementaires (Duchesne, 2018). Le principal changement est que la soutenabilité financière prime sur la soutenabilité sociale. La santé représente un coût pour la société (Batifoulier, 2014) et l'assurance maladie obligatoire est trop coûteuse. Progressivement, les politiques publiques adoptées sont envisagées comme un mécanisme de transfert de la couverture santé publique vers la couverture santé privée. Ainsi, les remboursements de l'assurance maladie obligatoire s'intensifient et s'accumulent rendant l'assurance maladie complémentaire indispensable voire obligatoire. La loi du 14 juin 2013 a été une étape importante dans cette dynamique. La réforme du 100% santé a continué à renforcer le rôle des complémentaires, de même que l'application de contrats collectifs aux agents de la fonction publique dès 2025. Plus récemment encore, le gouvernement envisageait une hausse du ticket modérateur pour certaines consultations, s'inscrivant ainsi dans la même dynamique. Ce modèle de double assurance, impliquant pour un même acte médical la présence de deux couvertures, est toutefois largement critiqué en raison de la complexité administrative, des coûts de gestion élevés pour les assurances maladie privées, et de son caractère inégalitaire (Batifoulier et Da Silva, 2022 ; Bras, 2019).

Si le développement de l'assurance santé privée a historiquement concerné les pays du Nord, d'autres caractéristiques touchent quant à elles de nombreux pays à travers le monde. Ce deuxième axe propose de s'intéresser aux modes de diffusion de la privatisation, de la marchandisation, de la financiarisation et de l'étatisation, à travers des mécanismes tels que le NPM, ou des modèles comme le partenariat public-privé dans la construction des hôpitaux, dans une logique de maîtrise des dépenses publiques de santé. L'axe vise également à explorer les politiques publiques mises en œuvre dans les pays du Nord, illustrant les limites de cette approche qui repose sur les assurances privées pour réduire les dépenses publiques de santé.

Axe III : Innovation en santé : nouvelles sources d'accès aux soins?

L'accès à la santé des populations constitue l'un des « grands défis » auxquels les pouvoirs publics doivent faire face, dans un contexte marqué par une augmentation des maladies

chroniques, des crises sanitaires, des inégalités sociales et d'accès aux soins, et malgré des contraintes financières imposées au système de santé. Les pouvoirs publics appellent à la résolution de ces *wicked problems*, problèmes multidimensionnels, inextricables (Peres et al., 2023 ; Liotard et Revest, 2024), via des remèdes innovants. « On entend par innovation en santé la création et la mise en oeuvre de processus, de produits, de programmes, de politiques ou de systèmes novateurs qui transforment ou améliorent la santé et l'équité. » (OMS, 2023). Santé numérique, nouveaux traitements, transformation des organisations, du travail des soignants... de nombreuses initiatives qualifiées d'innovantes sont mises en place dans des contextes variés (article 51 etc.) . Une part non négligeable des projets d'innovation conduits dans le cadre de ces dispositifs est porté par le privé, questionnant un risque de privatisation et de marchandisation du patient.

Si l'innovation en santé est généralement perçue dans la littérature comme désirable (Boukamel et Emery, 2018), la multiplication de ces initiatives et la progression du capitalisme dans tous les secteurs de la santé posent la question de leur raison d'être et finalités. Les innovations en santé favorisent-elles l'insertion de logiques capitalistes dans les secteurs de la santé? Où, au contraire, ont-elles vocation à panser les maux créés par celui-ci au sein des systèmes de santé et sur la santé des individus ?

Calendrier :

Les propositions de communication sont attendues pour le 6 mars 2025. Ils sont à déposer sur la plateforme du colloque, pour cela choisissez d'abord « Ateliers thématiques » puis le nom de la thématique de l'atelier « Capitalisme sanitaire » (et non « thématique générale »).

Les propositions de communication peuvent être également envoyées à l'adresse suivante : panel.sante.afep@gmail.com

La notification d'acceptation de la communication sera envoyée aux auteurs le 8 avril 2025.

Bibliographie :

Batifoulier P. (2014), *Capital santé : quand le patient devient client*, Paris, La Découverte.

Batifoulier P. et N. Da Silva, (2022), « La petite réforme de la « grande sécu ». Illustration d'un capitalisme politique en santé ? », *Revue Française de Socio-Économie*, 29(2), pp. 3-17.

Boukamel, O. & Emery, Y. (2019). Les treize postulats de l'innovation publique : identification et discussion dans le champ de la santé. *Innovations*. 60, 15-41.

Bras P-L. (2019), « Une assurance maladie pour tous à 100 % ? », *Les Tribunes de la santé*, (60), pp. 87-106

Carricaburu D., Ménoret M. (2004), *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin.

Duchesne V. (2018), « L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer de-lance administratif de la politique de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 36(4), pp. 159-180.

Hassenteufel P., Maillard J. de, 2017 « Le recours au marché comme processus politique. Les réformes du gouvernement de coalition britannique (2010-2015) dans la santé et la police », *Gouvernement et action publique*, 6, p. 101-126.

Henderson S. ; Petersen A., (2002), *Consuming Health: The Commodification of Healthcare*, Londres et New York, Routledge

Peres, R., Saint Jonsson, A., Serval, S. (2023). *Innover. Une réponse face aux wicked problems. Espaces Publics. Dessiner le management public autrement. Bilan et perspectives*, *Presses Universitaires de Provence*. 189-204.

Pierru F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges : Le Croquant.

Organisation mondiale de la santé. (14 juillet 2023). *Innovation en santé. Comité régional. 74ème session. Manille (Philippines). 16-20 octobre 2023.*

Liotard, I., Revest, V. (2024). *Grands Challenges et politiques publiques d'innovation : un état des lieux*. *Innovations*. 74, 5-25