

# Introduction

## La santé, une clef de lecture centrale des sociétés

*Philippe BATIFOULIER, Nicolas DA SILVA et Antoine MATH* <sup>1</sup>

---

*La santé est un besoin fondamental et universel dont la satisfaction conditionne de façon cruciale le bien-être des populations. Elle occupe de ce fait une place centrale dans l'étude des problèmes économiques et sociaux et constitue un étalon majeur d'évaluation des transformations de la société. Les contributions rassemblées dans ce numéro spécial s'inscrivent dans cette démarche en analysant certaines de ces transformations à l'aune de leurs effets sur la santé des populations. Dans un contexte marqué par diverses formes de « privatisation » du secteur de la santé, ces contributions mettent en lumière les conséquences souvent négatives des politiques publiques, à la fois sur l'état de santé des populations mais aussi sur les conditions de travail du personnel soignant.*

C'est un lieu commun de souligner la primordialité de la santé aux yeux de la population. S'il est fréquent d'évaluer les actes individuels à l'aune de leurs effets sur la santé (c'est bon pour la santé ou ça ne l'est pas), il est plus rare de s'y référer pour appréhender l'action publique et les stratégies d'entreprise. Pourtant, la santé peut être considérée comme un étalon majeur d'évaluation des politiques économiques, sociales et environnementales.

C'est à cette « remontée » à la santé qu'invite ce numéro de *La Revue de l'IREs*. Ce faisant, le prisme de la santé fournit une nouvelle boussole pour évaluer les transformations des sociétés contemporaines.

---

1. Philippe Batifoulier est professeur à l'Université Paris 13, directeur du Centre d'Économie de l'université Paris Nord (CEPN) ; Nicolas Da Silva est maître de conférences à l'Université Paris 13, CEPN (UMR 7234) ; Antoine Math est chercheur à l'Ires.

## La centralité de la santé

Si la santé permet de redonner sens et pertinence à l'évaluation de certaines questions sociétales ou politiques publiques, c'est en raison de l'importance dont elle jouit pour la population.

Cette centralité de la santé tient à son statut particulier, élément fondamental à travers les sociétés et les cultures pour mener une vie de qualité. Les incapacités liées à la maladie influencent les trajectoires économiques et sociales des individus. L'état de santé définit ainsi, en grande partie, les opportunités et la liberté de chacun de mener sa vie (Sen, 2010). Besoin universel, la santé a l'influence la plus importante sur la qualité de vie, laquelle n'est pas réductible aux conditions de logement, de nutrition ou d'éducation. C'est pourquoi les approches qui ont cherché à développer une conception systématique et prescriptive des besoins humains par l'établissement de listes hiérarchisées de besoins ont mis au premier plan le besoin de santé physique ou la conception d'un fonctionnement physique acceptable (Doyal, Gough, 1991). 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*). La traduction de l'affirmation de la primauté du besoin de santé en politique de santé et en dispositifs institutionnels de prise en charge fait débat, en particulier en période de durcissement de la contrainte budgétaire (Batifoulier *et al.*, 2013 ; Hodgson, 2007). Cependant, il reste que la (bonne) santé n'est pas uniquement un moyen au service de fins particulières (la santé est bonne pour la croissance, avoir des travailleurs en bonne santé est bon pour l'entreprise, lutter contre les maladies évite leur propagation, etc.). La santé a une valeur intrinsèque et constitue de ce fait une fin en elle-même. Dès lors, le secteur de la santé n'est pas seulement un champ particulier ou un domaine d'analyse spécifique (avec son poids dans le PIB) mais donne à voir comment une société prend en charge le bien-vivre ensemble.

Mettre l'accent sur la santé pour juger des transformations de la société n'est pas qu'une énième critique du PIB dont on sait qu'il fait l'objet de nombreuses contestations (Gadrey, 2010 ; Gadrey, Jany-Catrice, 2012). L'augmentation du PIB n'est assurément pas toujours bonne pour la santé. D'autres critères apparaissent plus pertinents pour évaluer la soutenabilité sociale d'une politique économique, comme l'ont montré notamment les travaux de Marc et Marqué-Luisa Miringoff (1999) sur les « indices de santé sociale ». La santé n'est pas uniquement un autre étalon de mesure, une autre norme pensée et proposée par des experts. Elle est un étalon de mesure qui a du poids aux yeux des populations.

Prendre acte que la santé est un étalon majeur d'évaluation des transformations de la société apporte un éclairage différent sur des thématiques

centrales comme les conditions de travail, le chômage, l'austérité qui sont abordées sous cet angle dans ce numéro de *La Revue de l'IREES*.

## Un autre regard sur les problèmes économiques et sociaux

Les problèmes économiques et sociaux sont souvent des problèmes de santé. Le chômage provoque une perte de revenu et d'estime de soi qui peut avoir une incidence sur la santé conçue comme un « état de complet bien-être physique, mental et social », selon la définition canonique de l'Organisation mondiale de la santé. L'organisation du travail dans certaines entreprises est par ailleurs fréquemment associée au développement du stress et du *burn-out*.

S'il existe de nombreux dysfonctionnements du corps économique et social, il importe de connaître à quel point ils font dysfonctionner les corps tout court. L'incidence sur la santé peut être *a priori* positive ou négative. Selon qu'elles induisent des améliorations de l'état de santé ou des problèmes de santé, le jugement qui peut être porté sur les politiques économiques ou les stratégies managériales sera différent.

Ainsi le chômage peut être considéré comme positif pour l'état de santé s'il laisse du temps pour se soigner ou pour l'activité physique ou bien si la baisse de revenu conduit à une baisse de la consommation de tabac et d'alcool. Cette baisse de revenu peut à l'inverse réduire les actions de prévention et les visites chez le médecin alors que le besoin de soins augmente du fait de pathologies physiques et mentales consécutives à l'état de chômage. Le sens du lien entre chômage et état de santé est discuté (Jusot, 2012). Cependant, il apparaît clairement que la privation d'emploi réduit la durée de vie du chômeur en augmentant son risque de suicide mais aussi de décès par cancer, quelle que soit sa catégorie sociale (Meneton *et al.*, 2015). Les membres de la famille du chômeur voient aussi leur état de santé s'altérer (Marcus, 2013). Dans le même temps, la réduction de revenu <sup>2</sup> a un effet négatif sur la couverture santé. L'obtention d'une couverture santé privée (complémentaire) et sa qualité (sa capacité à rembourser) sont fonction du revenu et non du risque. Le besoin de soins qui augmente du fait du chômage est donc moins bien couvert.

Le chômage est un problème économique et social mais c'est aussi un grand problème de santé publique qui interroge les politiques publiques mises en œuvre pour le combattre.

S'il y a un large débat sur les effets comparés des politiques d'austérité *versus* les politiques de relance sur la dynamique économique, la dette, le PIB, on peut aussi évaluer ces politiques économiques au regard de leur

2. En France, le montant moyen de l'allocation chômage est de 870 euros mensuels net selon une étude de l'Unedic de 2017 (Guérin, 2017).

impact sur l'état de santé de la population. La crise de 2008 a moins affecté les dépenses publiques dans les pays de la zone euro que les politiques publiques menées à partir de 2010, qui ont opté pour des coupes budgétaires, particulièrement en matière d'éducation et de santé (Ires, 2014).

Or, si on suit les travaux issus de disciplines différentes (épidémiologie, sociologie, économie), les politiques d'austérité ont un impact négatif sur la santé (Stuckler, Basu, 2014). La baisse des dépenses publiques détériore la santé par des effets de baisse des revenus (en particulier les revenus sociaux) et par l'existence d'une pénurie de médicaments, de prix prohibitifs pour les vaccins des enfants et de très grandes difficultés pour accéder aux soins du fait de files d'attente, comme le cas de la Grèce l'a documenté (Burgi, 2014).

L'accent mis sur l'état de santé de la population vient conforter les travaux qui montrent que les dépenses publiques peuvent être productives (et notamment produire de la santé). Reeves *et alii* (2013) ont recalculé le multiplicateur budgétaire de court terme pour les différents secteurs de l'économie. Ils ont trouvé que les dépenses les plus efficaces sont la protection sociale, la santé et l'éducation, avec des coefficients multiplicateurs estimés respectivement à 2,8, 4,3 et 8,4, très supérieurs à ceux des autres dépenses publiques<sup>3</sup>.

Dans la même perspective, on peut apporter un éclairage différent sur le développement des inégalités quand on évalue leur impact sur l'état de santé. La fameuse théorie du ruissellement prétend que l'existence de très hauts revenus est une bonne chose car ils sont injectés dans l'économie et rejaillissent sur les plus pauvres (comme les cours d'eau qui vont du sommet à la base). Cette approche est fortement contestée notamment quand elle est mobilisée pour justifier des réformes fiscales. La critique se fait encore plus robuste quand elle mobilise l'argument sanitaire. On sait en effet aujourd'hui que les inégalités ont un impact négatif sur la santé parce qu'elles nuisent à l'harmonie sociale en renforçant les concurrences sociales et la rivalité entre les individus (Wilkinson, 2010). Elles sont à l'origine de violences, de pertes de l'estime de soi, du développement de l'insécurité et du stress, dont les corps portent les stigmates. En nuisant gravement à la santé, les sociétés inégalitaires détériorent le lien social.

Un autre débat fondamental concerne les conditions de travail et les stratégies managériales accusées de faire levier aux risques psychosociaux (Dejours, 2003). La qualité du management est jugée sur ses effets sur la santé. On a déjà beaucoup dit et beaucoup écrit sur les conditions de travail

3. Le Fonds monétaire international (FMI) avait d'abord considéré en 2009 qu'une baisse des dépenses publiques de 1 % conduisait à une baisse du PIB de seulement 0,5 %, pour admettre en 2013 qu'il s'était trompé et concéder un effet multiplicateur de 1,5 après les politiques d'austérité de 2010 (une baisse des dépenses publiques de 1 % conduit à une baisse de 1,5 % du PIB).

et leur évolution. Le pouvoir managérial s'exerce moins désormais par des ordres à exécuter que par des objectifs à atteindre. Cette logique de la performance repose très souvent sur des indicateurs déconnectés de la réalité et une gouvernance par les nombres liée à la fixation de cibles quantitatives (Jany-Catrice, 2012 ; Supiot, 2015). L'autonomie acquise par les salariés se conjugue avec une injonction à se conformer à des méthodes de travail pensées par le management. Les savoirs et l'expérience des salariés sont considérés comme inutiles, ce qui gangrène la motivation au travail en laissant place à des objectifs inatteignables ou dangereux. Les pathologies qui se déclarent expriment cette souffrance au travail.

Une organisation particulière est devenue un lieu emblématique de la souffrance des salariés : l'hôpital, désormais soumis à la « raison gestionnaire » et où les contraintes de rythme associées à la pénurie de personnel détériorent la perception du travail et alimentent un sentiment de qualité empêchée. La souffrance est amplifiée quand les personnels vivent leur activité comme dépositaire d'une culture de service public et de valeurs de solidarité. Pour eux particulièrement, le nouveau management est une attaque contre ce qui fait la grandeur et la fierté de leur métier.

L'audience dont jouit la souffrance au travail au sein du domaine hospitalier est largement imputable à la centralité de la santé. Ceux qui souffrent sont ceux qui soignent et ils souffrent parce qu'ils soignent. Leur souffrance, si elle a les mêmes ressorts que dans d'autres organisations, suscite davantage d'interrogations voire d'indignation et l'étude de ce cas particulier permet de donner audience à tous les autres cas.

Les quelques exemples précédents illustrent de façon résumée la façon dont la santé permet de porter un autre regard, sans doute plus central, sur les problèmes économiques et sociaux. La plupart de ces thèmes sont repris de façon approfondie dans les articles présentés dans ce numéro, articles qui sont pour la plupart issus d'une journée d'étude organisée en novembre 2016<sup>4</sup>. Avant de les présenter, il est utile de situer le contexte général dans lequel s'inscrivent les transformations du système de santé depuis plusieurs décennies.

---

4. Ce numéro spécial de *La Revue de l'IREs* fait suite à une journée d'étude organisée dans le cadre du séminaire d'économie politique de la santé le 18 novembre 2016, intitulée « Crise économique et santé : un renouvellement de l'évaluation des politiques publiques ? ». Soutenue par le Centre d'Économie de l'université Paris Nord (CEPN, UMR 7234) et la Maison des sciences de l'homme de Paris Nord, cette manifestation a été l'occasion d'interroger collectivement la pertinence de la santé comme outil d'évaluation des sociétés. En amont de cette journée, les premiers questionnements sur cette thématique ont été produits à l'occasion de la rédaction d'un rapport financé par l'Ires via le Centre Henri-Aigueperse UNSA-Education : « L'utilité sociale de la dépense publique » (Batifoulier *et al.*, 2016). En plus de ces différents travaux dont sont issus les articles de Noëlle Burgi, Samia Benallah et Jean-Paul Domin, Nicolas Da Silva, Antoine Math, Pierre Meneton *et al.*, d'autres contributions sont venues par la suite enrichir la perspective. Il s'agit des articles de Philippe Abecassis et Nathalie Coutinet, Gaël Coron, Annie Dussuet, Laura Nirello et Emmanuelle Puissant. Les coordinateurs tiennent à remercier l'ensemble des participants et des institutions qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à ces recherches.

## **Avec l'introduction de logiques marchandes, la « privatisation » pour mot d'ordre commun**

Le secteur de la santé est un domaine particulièrement complexe et multiforme ayant connu, rien qu'en France, de multiples changements ou réformes mobilisant une pluralité d'instruments pour des objectifs diversifiés. Compte tenu de cette complexité, il est particulièrement difficile de caractériser et donner du sens aux évolutions des politiques, *a fortiori* si on élargit l'analyse aux principaux pays développés. Mais s'il est courant de souligner l'ancrage national des réformes (elles sont liées à l'histoire différenciée des pays), on peut néanmoins observer la même tendance à l'introduction de mécanismes de marché dans les logiques de solidarité et à la promotion d'un comportement entrepreneurial du côté de l'offre comme de la demande de soins.

Plusieurs contributions à ce numéro utilisent pour analyser les évolutions récentes un cadre d'analyse fondé sur l'introduction de mécanismes de marché et diverses formes de « privatisation ». Les trajectoires tracées par le retrait des assurances publiques obligatoires, le développement des mécanismes incitatifs du côté du patient comme du médecin, la forte présence du New Public Management dessinent un large spectre de « privatisations ».

Dans son sens le plus commun, la notion de privatisation désigne le transfert de propriété juridique du public au privé (par exemple, les privatisations des établissements de soins en Allemagne). Dans le sens large retenu ici, la privatisation porte sur le basculement d'activités du public vers le secteur privé mais aussi sur l'introduction de logiques marchandes dans le secteur public de santé.

Nous proposons un canevas d'analyse basé sur cette diversité des privatisations à partir de deux dimensions : la cible et le processus de la privatisation. La cible peut concerner soit le financement du soin, soit sa délivrance, la privatisation conduisant notamment à augmenter les prérogatives d'institutions privées comme les assurances ou les cliniques privées.

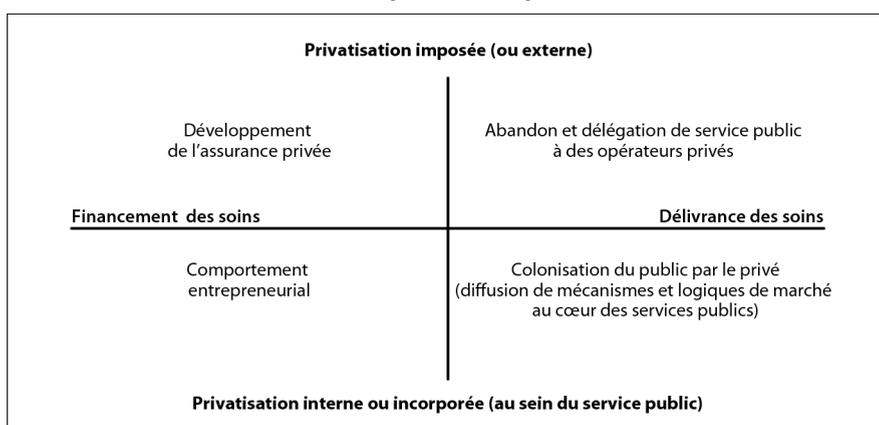
Le processus de privatisation peut d'abord consister en un transfert des administrations publiques vers des acteurs privés pour financer ou bien délivrer les soins. Il est alors imposé aux individus qui le subissent, mais il peut aussi être porté par les individus eux-mêmes. Nous désignerons ce premier type de privatisation par l'expression de « privatisation imposée » ou « privatisation externe ».

Un second processus correspond à une forme de privatisation au sein même des entités publiques, sans appel aux acteurs privés, pour la délivrance de soins, et de façon plus rare pour leur financement. Il agit comme une rationalité induite, considérée comme une norme de vie ou une façon

de penser. Nous parlerons alors de « privatisation incorporée » (ou « interne »). La privatisation se définit aussi par une certaine façon de concevoir les comportements des acteurs. Quand les médecins et les patients sont invités à penser la santé dans les termes d'un bien privé, la privatisation est aussi celle des esprits.

Cette double distinction – délivrance du soin et financement d'un côté, privatisation imposée et privatisation incorporée de l'autre – offre un cadre d'analyse. Le schéma 1 synthétise ce cadre d'analyse fondé sur cette pluralité des privatisations (Batifoulier, 2014).

**Schéma 1. Une pluralité de privatisations**



Les comparaisons internationales s'appuyant sur ce cadre d'analyse (André, 2015 ; André *et al.*, 2016) montrent que tous les pays en Europe ont eu recours à ces quatre types de privatisation depuis les années 1980, en particulier la privatisation du financement du soin à travers le développement de l'assurance privée (cadran nord-ouest). La forme et l'intensité que prend cette privatisation du financement dépendent intimement de l'articulation entre l'assurance publique et l'assurance privée, qui est variable selon les pays. Certains pays apparaissent comme des pionniers d'un type de privatisation : le Royaume-Uni pour le cadran sud-est (privatisation incorporée en matière de délivrance ou introduction de mécanismes ou logiques de marché au cœur des acteurs ou services publics fournissant les soins), les Pays-Bas pour le cadran sud-ouest (privatisation incorporée pour le financement des soins ou introduction de mécanismes de marché au sein des caisses publiques) et l'Allemagne et l'Italie pour le cadran nord-est (privatisation imposée de la délivrance des soins par transfert à des entités privées). Cette dernière privatisation de la délivrance des soins peut reposer sur des mécanismes différents (vente des hôpitaux publics à des

groupes privés en Allemagne ; sous-traitance des activités hospitalières au privé en Italie).

La marchandisation du système de santé et les diverses formes de « privatisation » dont elle s'accompagne sont analysées dans les articles de ce numéro sous divers angles qui peuvent être schématiquement regroupés en deux grands thèmes. Le premier porte sur les politiques d'austérité et leurs conséquences sur les dépenses de santé, sur l'organisation du secteur de santé et, *in fine*, sur l'état de santé des populations. Les contributions relatives à ce thème mobilisent fortement les comparaisons internationales, ce qui permet de mettre en évidence, derrière la spécificité des trajectoires nationales, la toile de fond commune qui se met en place dans l'ensemble des pays. Le second thème porte sur le chômage et les conditions de travail et se concentre sur la situation française.

### **Politique d'austérité, dépenses de santé et santé**

L'article d'Antoine Math montre que les transformations intervenues depuis la grande récession (2008-2009) n'ont pas été indolores pour les systèmes de santé des pays européens. Les fortes mesures prises à compter du tournant de l'austérité de 2010 ont consisté d'une part à diminuer directement le volume et le prix des soins au moyen d'une limitation des emplois et des rémunérations dans le secteur de la santé et, d'autre part, à accélérer le rythme des réformes plus « structurelles » fondées sur les diverses logiques de privatisations à l'œuvre. La compression des dépenses publiques de santé a été d'autant plus forte que les mesures ont porté sur le facteur travail, ce dernier constituant environ les quatre cinquièmes des dépenses directes de soins. Le fait notable est que l'évolution des dépenses de santé (publiques et totales) a été très peu altérée durant la récession de 2008-2009, la rupture étant intervenue à partir de 2010 (à l'exception de l'Allemagne). Certains pays « périphériques » ont ainsi connu une baisse des dépenses de santé sans équivalent dans l'histoire contemporaine. L'auteur souligne en conclusion les limites des politiques d'austérité appliquées au champ de la santé au regard même du seul objectif de réduction des déficits publics, avec des effets récessifs désastreux.

L'article de Nicolas Da Silva s'interroge sur l'impact des conditions macroéconomiques sur l'état de santé des populations. Est-ce la crise économique qui détériore l'état de santé ? Ou n'est-ce pas plutôt l'austérité censée apporter une réponse à cette crise qui mine la santé des populations ? Pour répondre à cette question, l'auteur mobilise plusieurs séries de travaux qui s'inscrivent dans des champs disciplinaires différents. Une première série de travaux de nature économique tend à montrer que la dégradation de la conjoncture économique s'accompagne d'un meilleur état

de santé, au moins à court terme. Pourtant, lorsque l'intensité de la dégradation est particulièrement élevée, comme c'est le cas avec la grande récession, son effet positif sur la santé n'est plus aussi certain. Une seconde littérature plus récente s'appuie sur des travaux d'épidémiologie et démontre, au contraire, qu'en cas de fluctuation économique la réponse politique est déterminante : quand la relance peut sauver des vies, l'austérité tue.

L'exemple de la Grèce vient illustrer la conclusion de l'article précédent. Comme le montre Noëlle Burgi dans son article, les mesures d'austérité imposées depuis 2010 à la Grèce par ses créanciers ont abouti au démantèlement de tous les secteurs du système de santé. L'article présente une analyse critique des principales mesures de compression budgétaire mises en place dans ces secteurs et introduit un débat sur des initiatives communautaires censées renforcer certains déterminants sociaux de la santé (indemnités de chômage, assurance maladie, revenu minimum garanti). Il apparaît que les politiques mémorandaires ont manqué le but d'efficacité affichée, un constat qui illustre, dans le cas de la Grèce, la conclusion plus générale de l'article d'Antoine Math. En s'appuyant sur de nombreux travaux scientifiques, des entretiens en Grèce auprès de militants et dans des établissements de soin, ainsi que sur une enquête en cours dans des quartiers ouvriers du Pirée, l'article conclut à l'épuisement – peut-être passerager – des forces luttant pour la survie des droits sociaux démocratiques.

Les politiques d'austérité se sont aussi traduites par une « rationalisation » drastique des dépenses de médicaments. À travers une étude comparative des politiques menées dans ce domaine en France et au Royaume-Uni, Philippe Abecassis et Nathalie Coutinet analysent la façon dont les firmes pharmaceutiques se sont adaptées à cette politique. Malgré des différences, cette rationalisation présente dans les deux pays des traits communs (privatisation accrue, durcissement des mécanismes de contrôle des prix des médicaments les plus coûteux, incitations à la consommation des médicaments les moins chers, comme les génériques). Les auteurs montrent que les firmes pharmaceutiques n'ont cependant guère souffert de ces mesures. Après avoir accepté provisoirement de développer la production de médicaments génériques, elles ont déployé, à partir de 2012, un nouveau modèle de production de médicaments innovants à prix très élevés, fondé sur les biotechnologies et la médecine personnalisée. Cette stratégie, menée avec la bienveillance des autorités publiques, a permis aux firmes de réduire leurs risques financiers et de réaliser d'importants profits.

## **Chômage et conditions de travail**

Dans son article, Pierre Meneton et ses collègues se livrent à une vaste revue de la littérature – principalement épidémiologique – sur la question

de l'impact du chômage sur la santé. La principale conclusion que suggèrent ces travaux est que les conséquences du chômage sur la santé vont bien au-delà de l'augmentation de la fréquence des suicides. L'incidence des pathologies chroniques, maladies cardiovasculaires et cancers en premier lieu, semble en effet fortement augmentée chez les chômeurs par rapport aux travailleurs. Les auteurs estiment que le nombre de décès annuels imputables au chômage se chiffre très probablement à plusieurs milliers, voire dépasse la dizaine de milliers. Les mécanismes par lesquels le chômage est susceptible de dégrader l'état de santé sur le long terme restent à éclaircir : exposition accrue à des facteurs de risque comportementaux, accès réduit au système de soins, effets organiques plus directs sont autant de pistes possibles. En conclusion, les auteurs soulignent que le chômage constitue aujourd'hui un problème de santé publique majeur auquel il serait souhaitable que le corps médical et la puissance publique soient sensibilisés.

Dans la mesure où les dépenses de personnel représentent l'essentiel des dépenses de soins (Math, dans ce numéro), la compression des dépenses de santé, mais également l'introduction de logiques marchandes, ont des conséquences directes sur les conditions de rémunération et de travail des personnels de ce secteur. Cette question est analysée dans l'article de Samia Benallah et Jean-Paul Domin qui s'intéresse au processus de réforme de l'hôpital et à ses enjeux en termes de travail et de santé des personnels. Après avoir rappelé la logique dans laquelle s'inscrivent ces transformations comme la tarification à l'activité et la normalisation croissante des pratiques de santé, les auteurs montrent que ces réformes se sont mises en place dans un environnement de travail déjà très contraint. Sur la base des trois dernières éditions de l'enquête Conditions de travail, les auteurs analysent ensuite les effets de ces réformes sur les contraintes de rythme imposées aux travailleurs du secteur et les conflits de valeur auxquelles ces contraintes sont associées. Cet article contribue ainsi à objectiver la réalité de la souffrance des soignants à l'hôpital et son évolution.

Le secteur médico-social a également été directement concerné par les politiques de « rationalisation » mises en œuvre depuis les années 1980. Ce mouvement a connu une nette accélération depuis les années 2000, comme le montre l'article d'Annie Dussuet, Laura Nirello et Emmanuelle Puissant. Que ce soit dans le champ de l'hébergement ou dans celui de l'aide à domicile, les politiques publiques gérontologiques se caractérisent par la mise en place d'un nouveau référentiel industriel. Ce référentiel industriel, désormais affiché au niveau politique, se caractérise par « une recherche d'une standardisation poussée des procédés » (Gadrey, 1994:118). Si cette rationalisation est perçue par les autorités locales de tarification comme un moyen de « maîtriser » les dépenses publiques, elle se traduit par de

nouvelles pratiques managériales et une dégradation des conditions de travail des salariées que l'article s'attache à analyser.

L'article de Gaël Coron analyse quant à lui les évolutions du secteur médico-social au regard des transformations contemporaines de l'action publique qui ont justement pour effet de réduire les particularités des secteurs de politique publique avec la diffusion de nouvelles normes financières et managériales. Cette approche permet de donner un autre point de vue sur l'évolution des conditions de travail que connaît le secteur depuis quelques années. Après avoir rappelé la difficulté d'identifier le médico-social comme objet spécifique, trois *scenarii* sont évoqués pour son avenir : une forte réduction de son autonomie, un rapprochement fort avec le secteur sanitaire et la réaffirmation de son autonomie à travers la construction en cours d'un discours endogène. Chacun de ces *scenarii* s'appuie sur une analyse des évolutions récentes des politiques médico-sociales.

Au total, l'ensemble des contributions à ce numéro spécial de *La Revue de l'IREES* illustrent l'intérêt de prendre au sérieux la santé comme critère d'évaluation des sociétés. Tant dans le privé que dans le public, l'organisation tout entière de l'économie contemporaine marque au fer les corps et les esprits. Les politiques publiques (austérité, relance, protection sociale, droit du travail, etc.), les méthodes de management, le chômage de masse, etc. ne sont pas que des questions techniques mettant en jeu un principe abstrait d'efficacité. Elles ont une incidence sur notre état de santé et peuvent coûter des vies. Elles relèvent du choix de société.

## Références bibliographiques

- Abecassis P., Coutinet N. (2017), « Politique d'austérité et politique du médicament en France et au Royaume-Uni : une analyse de leurs répercussions sur le modèle de production pharmaceutique », *La Revue de l'IREN*, n° 91-92, p. 111-140.
- André C. (2015), « Les systèmes de santé européens en longue période », *Revue de la régulation*, n° 17, 1<sup>er</sup> semestre, <http://regulation.revues.org/11177>.
- André C., Batifoulie P., Jansen-Ferreira M. (2016), « Health Care Privatization Processes in Europe: Theoretical Justifications and Empirical Classification », *International Social Security Review*, vol. 69, n° 1, p. 3-23, <https://doi.org/10.1111/issr.12092>.
- Batifoulie P. (2014), *Capital santé : quand le patient devient client*, Paris, La Découverte.
- Batifoulie P., Abecassis D., Da Silva N., Duchesne V., Moulin L. (2016), *L'utilité sociale de la dépense publique*, rapport final du projet de recherche sur « dépense publique, équité sociale et utilité » dans le cadre de l'Agence d'objectifs Ires, Centre Henri Aigueperse UNSA-Éducation, octobre, <https://goo.gl/ZEOia9>.
- Batifoulie P., Braddock L., Latsis J. (2013), « Priority Setting in Health Care: From Arbitrariness to Societal Values », *Journal of Institutional Economics*, vol. 9, n° 1, p. 61-80, <https://doi.org/10.1017/S174413741200015X>.
- Benallah S., Domin J.-P. (2017), « Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ? », *La Revue de l'IREN*, n° 91-92, p. 115-183.
- Burgi N. (dir.) (2014), *La grande régression : la Grèce et l'avenir de l'Europe*, Lormont, Le Bord de l'eau.
- Burgi N. (2017), « Le démantèlement méthodique et tragique des institutions grecques de santé publique », *La Revue de l'IREN*, n° 91-92, p. 77-110.
- Coron G. (2017), « Réformes managériales et redéfinition des catégories d'action publiques : l'exemple du secteur médico-social », *La Revue de l'IREN*, n° 91-92, p. 213-235.
- Da Silva N. (2017), « L'impact des conditions macroéconomiques sur l'état de santé », *La Revue de l'IREN*, n° 91-92, p. 49-75.
- Dejours C. (2003), *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel : critique des fondements de l'évaluation*, Versailles, Quæ.
- Doyal L., Gough I. (1991), *A Theory of Human Need*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Dussuet A., Nirello L., Puissant E. (2017), « De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social », *La Revue de l'IREN*, n° 91-92, p. 185-211.
- Gadrey J. (2010), *Adieu à la croissance : bien vivre dans un monde solidaire*, Paris, Les Petits matins.
- Gadrey J., Jany-Catrice F. (2012), *Les nouveaux indicateurs de richesse*, 3<sup>e</sup> éd., Paris, La Découverte.
- Guérin S. (2017), *Qui sont les allocataires indemnisés par l'assurance chômage en 2016 ?*, Études allocataires, Unedic, <https://goo.gl/fwnDos>.

- Hodgson G.M. (2007), « An Institutional and Evolutionary Perspective on Health Economics », *Cambridge Journal of Economics*, vol. 32, n° 2, p. 235-256, <https://doi.org/10.1093/cje/bem033>.
- Ires (2014), « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », n° spécial, *Chronique internationale de l'IREs*, n° 148, décembre, <http://www.ires-fr.org/publications/chronique-internationale-de-l-ires/itemlist/category/90-148>.
- Jany-Catrice F. (2012), *La performance totale : nouvel esprit du capitalisme ?*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion.
- Jusot F. (2012), « Les récessions sont-elles vraiment mauvaises pour la santé ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 36, n° 3, p. 73-80, <https://doi.org/10.3917/seve.036.0073>.
- Marcus J. (2013), « The Effect of Unemployment on the Mental Health of Spouses – Evidence from Plant Closures in Germany », *Journal of Health Economics*, vol. 32, n° 3, p. 546-558, <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.02.004>.
- Math A. (2017), « Les effets des politiques d'austérité sur les dépenses et services publics de santé en Europe », *La Revue de l'IREs*, n° 91-92, p. 17-47.
- Meneton P., Kesse-Guyot E., Méjean C., Fezeu L., Galan P., Hercberg S., Ménard J. (2015), « Unemployment Is Associated with High Cardiovascular Event Rate and Increased All-cause Mortality in Middle-aged Socially Privileged Individuals », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 88, n° 6, p. 707-716, <https://doi.org/10.1007/s00420-014-0997-7>.
- Meneton P., Plessz M., Courtin E., Ribet C., Goldberg M., Zins M. (2017), « Le chômage : un problème de santé publique majeur », *La Revue de l'IREs*, n° 91-92, p. 141-154.
- Miringoff M., Miringoff M.L. (1999), *The Social Health of the Nation. How America Is Really Doing?*, Oxford, Oxford University Press.
- Reeves A., Basu S., McKee M., Meissner C., Stuckler D. (2013), « Does Investment in the Health Sector Promote or Inhibit Economic Growth? » *Globalization and Health*, vol. 9, n° 1, p. 9-43, <https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-43>.
- Sen A. (2010), *L'idée de justice*, Paris, Flammarion.
- Stuckler D., Basu S. (2014), *Quand l'austérité tue. Épidémies, dépressions, suicides : l'économie inhumaine*, Paris, Autrement ; traduit de Stuckler D., Basu S. (2013), *The Body Economic: Why Austerity Kills: Recessions, Budget Battles, and the Politics of Life and Death*, New York, Basic Books.
- Supiot A. (2015), *La gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France (2012-2014)*, Paris, Fayard.
- Wilkinson R.G. (2010), *L'égalité c'est la santé*, Paris, Demopolis.