

Marchandiser les soins nuit gravement à la santé

PHILIPPE BATIFOULIER, 5 Présentation
ALAIN CAILLÉ,
PHILIPPE CHANIAL

I. Marchandiser les soins nuit gravement à la santé

A) L'HOPITAL : LES DÉFICIENCES DE L'« EFFICIENCE »

- ANDRÉ GRIMALDI 25 Les hôpitaux en quête de rentabilité : à quel prix ?
ANDRÉ HELMAN 35 L'hôpital compétitif. Et l'humain, dans tout ça ?
JEAN-PAUL DOMIN 41 Quand l'hôpital se moque de la charité, son compromis fondateur est rompu
DOCTEURS BLOUSES 53 L'hôpital malade de l'« efficacité »

B) LA SANTÉ AU PRIX DE LA RAISON ÉCONOMIQUE VULGAIRE

- PHILIPPE BATIFOULIER 77 Faire payer le patient : une politique absurde
NICOLAS DA SILVA 93 Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale
JEAN-PIERRE DUPUY 109 L'économie de la fin et la fin de l'économie

C) DU DON DE SOIN : ALTERNATIVES ANTI-UTILITARISTES

- PHILIPPE CHANIAL ET 121 « Aidons les aidants. » Une initiative mutualiste face au
GÉRALD GAGLIO marché de la dépendance
ÉTIENNE CANIARD 140 Entretien avec Étienne Caniard, président de la Mutualité française
DOMINIQUE BOURGEON 153 Dons de temps, dons de vie : les enjeux de pouvoir à l'hôpital
JEAN-PAUL DUMOND 167 Gérer les organisations de santé à la lumière du don
MARK R. ANSPACH 183 Don d'organes et réciprocité non marchande
CHRISTIAN LÉONARD 191 Le *care* capacitant. Une alternative au paradigme néoclassique de la responsabilité individuelle
MARIKA MOÏSSEEFF 207 La chair, le sacré et le culte de l'homme dans les sociétés occidentales contemporaines

II. Libre revue

NATHALIE HEINICH	235	Avoir un don. Du don en régime de singularité
ALAIN CAILLÉ	241	Jouer / Donner
HERVÉ MARCHAL	265	Les conditions d'une totalisation éthique de l'autre. Entre humanisation, catégorisation et personnalisation
LAURENT DE BRIEY	283	Une égale reconnaissance ?
MICHEL TERESTCHENKO	312	La littérature et le bien (II). Le prince Mychkine, l'homme parfaitement beau
PAUL CARY ET CLAIRE- SOPHIE ROI	327	L'assistance entre charité et soupçon. Sur la distribution alimentaire dans une petite ville du nord de la France
EMMANUEL PETIT	347	L'économie du comportement et la théorie du care. Les enjeux d'une filiation
FLORENCE JANY-CATRICE ET DOMINIQUE MÉDA	371	Les nouvelles mesures des performances économiques et du progrès social. Le risque de l'économicisme
BIBLIOTHÈQUE	399	
RÉSUMÉS & ABSTRACTS	417	
LES AUTEURS	431	

Présentation

Philippe Batifoulier, Alain Caillé, Philippe Chanial

« La santé n'a pas de prix. Mais elle a un coût. » Chacun connaît la chanson. Pour autant, que se passe-t-il lorsque, comme aujourd'hui, l'hôpital se moque de la charité ? Vouloir marchandiser et comptabiliser tous les soins ne constitue-t-il pas une stratégie absurde ? Le triomphe de l'économisme et de la raison utilitaire ne nuit-il pas gravement à la santé ? Et paradoxalement, ne se révèle-t-il pas au bout du compte inefficace, coûteux et antiéconomique ? Il est en effet difficile de comprendre le fonctionnement du système de santé avec le langage de l'économie standard et du *new public management* qui s'en inspire. Comme si le patient était naturellement un consommateur, un savant maximisateur alors que, face à la maladie et la mort, il est d'abord un être vulnérable, ébranlé par la souffrance et l'angoisse. Comme si le médecin – et avec lui l'ensemble du corps médical soignant – n'était qu'un *Homo œconomicus* pour qui la recherche du gain constituerait l'objectif principal et l'opportunisme l'unique métrique. Ne faut-il pas, au contraire, prendre au sérieux l'existence d'une éthique anti-utilitariste chez les soignants au lieu de tenter de les transformer, par diverses récompenses financières, en chasseurs de prime ? N'est-il pas grand temps d'esquisser les linéaments d'une politique de santé alternative, résolument anti-utilitariste, qui fasse, aussi, toute sa part au don et à la gratuité dans l'acte de soin ?

Voici, en quelques mots, les questions que ce numéro du MAUSS voudrait contribuer à faire entrer dans le débat public. Il faut, pour

cela, en bien saisir tous les enjeux et prendre la mesure de leur complexité. La difficulté principale est, en réalité, de se donner des moyens intellectuels qui permettent de rompre le cercle des évidences partagées et trompeuses. Quoi de plus évident, en effet, que l'enchaînement de propositions suivant :

- tout le monde souhaite une médecine toujours plus efficace ;
- cette efficacité accrue passe par des moyens techniques toujours plus perfectionnés mais aussi toujours plus lourds et plus onéreux ;

- ce renchérissement de la santé est d'autant plus important que la population des pays riches est toujours plus âgée ;

- la part du revenu national consacrée à la santé ne peut donc que croître sans cesse jusqu'à atteindre des niveaux difficilement supportables ;

- il est donc inévitable de procéder à une rationalisation drastique des dépenses de santé en veillant à leur meilleure utilisation possible ;

- et la seule manière de parvenir à ce résultat est d'appliquer au champ de la santé les recettes managériales qui ont fait leurs preuves dans l'économie de marché en soumettant chacun des acteurs, médecins, infirmiers, gestionnaires etc. aux normes managériales en vigueur dans le secteur privé (et, de plus en plus désormais, par isomorphisme, également dans le secteur public) : *benchmarking*, *reporting*, tarification à l'activité etc.

- formulé autrement, chacun des agents du système doit se comporter comme s'il était une entreprise ou un centre de profit, que son activité et sa production soient évaluées en prix effectifs ou en quasi-prix, en prix fictifs.

Nombre de ces propositions mériteraient une ample discussion, qui tournerait largement autour de la question des ressorts profonds de l'efficacité thérapeutique, ou, à l'inverse, des effets iatrogènes possibles d'une certaine médecine. Mais nous ne nous intéresserons ici qu'aux trois dernières, qui n'en font qu'une : quel est le degré de rationalité des mesures de rationalisation déployées depuis une vingtaine d'années dans le domaine de la santé ?

Tout le monde voit bien, en effet, que quelque chose, en la matière, ne tourne pas rond, que le compte n'est pas bon. Les hôpitaux sont toujours plus engorgés et déshumanisés malgré tous les efforts en sens contraire, la confiance en la médecine s'érode si

bien que ceux qui sont en âge de pouvoir comparer ont le sentiment d'être moins bien soignés aujourd'hui qu'il y a vingt ou trente ans. Comment le comprendre alors que notre société est beaucoup plus riche et productive qu'alors ? La chose pourrait apparemment s'expliquer assez simplement par une partie des propositions que nous listions à l'instant : le nombre des personnes à soigner augmentant et les exigences de technicité des soins également, l'accroissement de la richesse ne suffit pas. Il faut donc faire des économies. D'où le manque de moyens croissants, à l'hôpital notamment, qui explique le sentiment et la réalité d'une certaine détérioration. Et l'exaspération à la fois des patients et du personnel soignant qui a le sentiment d'être mis dans l'incapacité de faire son travail. À quoi la réponse qui triomphe chez les politiques et les gestionnaires est à chaque fois la même : oui, on le sait bien mais il n'y a pas le choix ; il faut bien : 1) faire des économies et ; 2) rationaliser les dépenses.

C'est sur l'évidence, trop rarement interrogée, de ces deux propositions, que ce numéro voudrait jeter le doute. Personne, bien évidemment, ne préconise de jeter l'argent par les fenêtres ni de financer des dépenses inutiles. Mais, en sens inverse, il est grand temps de prendre conscience des limites et de la contre-productivité de la rationalité économique standard qui alimente trop souvent ce que l'économiste Maya Beauvallet appelle « les stratégies absurdes ». Comme le montrent plusieurs des textes ici réunis, il y a des économies qui coûtent très cher. Et la généralisation des normes du néomanagement qui, contre toute évidence, repose sur le postulat que les agents de la santé ne seraient mus que par des « motivations extrinsèques » – nommément par l'appât du gain – induit un découragement général et une dégradation des « motivations intrinsèques », *i.e.* de tout ce que l'on fait par sens du devoir, par empathie ou par plaisir pris à un type d'activité spécifique¹. Or ce sont ces motivations intrinsèques qui concourent à la fois à la dimension d'humanité de l'acte médical et à son efficacité. Sans compter que même dans le secteur privé, dont la

1. Cette distinction entre motivations intrinsèques et extrinsèques, désormais canonique chez les économistes, est au cœur des exemples d'échec de la rationalité économique recensés par Maya Beauvallet [2009]. On trouvera d'utiles informations sur l'origine, les implications et les prolongements de cette distinction chez Daniel H. Pink [2011].

recherche du gain monétaire est en effet la motivation première, les recettes néomanagériales se sont avérées au bout du compte largement inefficaces.

Dès lors, les termes du problème sont assez simples, mais aux antipodes de la rationalité économique, du moins telle qu'elle est pensée par la science économique ou gestionnaire standard. Assurément, il est nécessaire de limiter les dépenses sans finalité véritable et d'évaluer l'efficacité des équipes soignantes. Mais il convient de s'assurer que les économies immédiates n'engendrent pas en réalité plus de dépenses qu'elles n'en épargnent. Et il faut que les grilles d'évaluation des actes médicaux renforcent les motivations intrinsèques au lieu de les décourager, comme c'est désormais le cas le plus fréquent.

C'est dans cette perspective que ce numéro du MAUSS propose d'explorer différentes dimensions de la marchandisation de la santé : la transformation de l'hôpital en entreprise concurrentielle, l'élargissement de l'espace à but lucratif à l'hôpital public comme à la médecine de ville, la place grandissante de l'assurance santé privée quand la Sécurité sociale est désormais minoritaire dans le remboursement des soins courants etc. Il en évalue les effets tant en termes d'efficacité que de justice : non seulement la marchandisation entraîne de nouvelles inégalités d'accès aux soins mais elle conduit à détériorer l'état de santé de la population et en particulier des plus fragiles. Bref, en gagnant du terrain, la marchandisation nuit gravement à la santé.

Au terme de cette réflexion, on espère que le champ du débat sur les problèmes de la santé publique apparaîtra sous un jour nouveau, et non plus à travers l'opposition rituelle entre gestionnaires ne comprenant rien à la logique des soins et uniquement soucieux de dépenser toujours moins, d'une part, et praticiens cherchant le meilleur pour leurs patients (et pour eux-mêmes) mais sans trop se soucier du coût global pour la communauté, d'autre part. N'est-ce pas avant tout une nouvelle alliance qu'il s'agit de faire advenir ? Une nouvelle alliance entre un personnel soignant plus averti des contraintes budgétaires – mais c'est déjà largement le cas – et des gestionnaires, locaux ou nationaux, capables de dépasser le degré zéro de la logique comptable – faire des économies sur tout – pour accéder à une raison économique généralisée qui sache prendre en

compte les effets pervers d'économies strictement locales ou à court terme (qui engendrent un surcroît de dépenses ailleurs ou plus tard) et intégrer l'efficacité économique des motivations intrinsèques. De la part du gratuit et du don. Ou, si l'on préfère, la rentabilité de l'anti-utilitarisme...

A) L'hôpital : les déficiences de « l'efficience »

Si l'hôpital était l'un des plus forts symboles du pacte républicain, il est aujourd'hui devenu un laboratoire exceptionnel de la concurrence. Avec la « tarification à l'activité » (T2A²) et les règles de gouvernance qui l'accompagnent, les établissements hospitaliers sont dorénavant invités à se comparer les uns aux autres au regard du coût de leur activité. Pour une même activité que l'on s'emploie à standardiser, on cherche à montrer du doigt ceux qui sont plus coûteux, même si les patients qu'ils reçoivent sont dans des situations de précarité qui obligent les soignants à les garder plus longtemps pour une même pathologie³.

André Grimaldi montre combien est élevé le prix à payer pour la quête organisée de la rentabilité hospitalière. Si la thérapeutique est mauvaise, c'est parce que le diagnostic est erroné : croire que la concurrence est le meilleur moyen d'obtenir la qualité au meilleur coût est tout simplement faux dans le domaine de la santé. Dès lors, il est contre-productif de vouloir « à tout prix » transformer l'hôpital en entreprise et s'en remettre à la T2A pour baisser la dépense hospitalière sans sacrifier la qualité des soins. Si la T2A a néanmoins quelques qualités, elle a surtout de nombreux défauts que ce texte documente. À l'évidence, le *business plan* hospitalier n'est guère bienveillant pour la santé publique et la lutte contre les inégalités. Mais il n'est pas pour autant favorable à la diminution des dépenses. Dès lors qu'ils sont rémunérés à l'activité, les établissements peuvent être incités à la dépense en favorisant les actes les mieux valorisés. Autant de stratégies menées au nom de la lutte contre les gaspillages mais qui engendrent pourtant des dépenses nouvelles.

2. Pour une définition de la T2A, voir ici même, p. 30, note 1.

3. Voir Mas *et al.* [2011] et Belorgey [2010].

André Helman complète ce point de vue en montrant comment la réforme hospitalière, et particulièrement la T2A et la démarche qualité, ont été conçues pour une médecine industrielle, ignorant la médecine humaniste et relationnelle qui fait pourtant la qualité du soin. La quête de la performance hospitalière vise à transformer des qualités en quantités. La culture du résultat ne mesure que la performance mesurable et laisse de côté les temps... morts pour le chiffre et la mise en indicateurs. Cette nouvelle religion incite à la disparition des temps gratuits sources de lien social avec le patient mais qui ne seraient plus dorénavant considérés comme faisant partie du « bon » travail du soignant [Chaniel, 2010].

Dans un travail d'histoire économique, *Jean-Paul Domin* éclaire ce diagnostic sévère en explicitant comment nous en sommes arrivés là. L'évolution du système hospitalier, depuis le début du XIX^e siècle, a été motivée par un objectif de démarchandisation. L'hôpital s'est d'abord construit en opposition au marché de la santé, il a ensuite accompagné le mouvement de socialisation de la dépense de santé, initié à la fin du XIX^e siècle. À rebours de ce mouvement, depuis les années 1980, les réformes favorisent une remarkandisation. La crise actuelle de l'hôpital tiendrait dès lors, selon l'auteur, au fait que la logique managériale vient heurter une histoire marquée par l'accueil de toutes les souffrances.

Cette introduction de la logique de marché au cœur de l'hôpital conduit à un conflit sur la conception de la qualité du travail hospitalier. L'obsession gestionnaire qui a gagné l'hôpital cherche systématiquement à réduire les problèmes de moyens à une mauvaise organisation. Priés de se plier à la recherche de la productivité et de la performance économique, les soignants s'épuisent à continuer à porter les valeurs de solidarité qui font la singularité et la fierté de leur métier. Dans un texte collectif, une trentaine de médecins hospitaliers regroupés sous le nom de « *Docteurs Blouses* », sans doute pour témoigner du *blues* qui les accable, dénoncent cette « maltraitance institutionnelle organisée ». La colère s'entend derrière les mots. C'est l'indignation qui rythme ce texte très informé où les exemples abondent. Ils mettent en lumière la prégnance d'une injonction pour le moins paradoxale : l'injonction à mal faire son travail.

B) La santé au prix de la raison économique vulgaire

Si le diagnostic vital du monde la santé se trouve aujourd'hui engagé, n'est-ce pas notamment en raison du fait qu'il nous est désormais presque naturel, évident, d'aborder le soin dans une logique résolument utilitariste, c'est-à-dire selon un regard non seulement marchand mais aussi comptable, fasciné par les vertus supposées du calcul généralisé et de l'évaluation quantifiée ? Or un tel regard ne va pas de soi. La santé n'est-elle pas d'abord, au sens de Mauss, un « fait social total », tant s'y enchevêtrent des dimensions certes économiques, mais aussi éthiques, politiques, juridiques, voire religieuses ? Plus encore, le pacte social par lequel une société s'institue n'est-il pas aussi indissociable du pacte de soin par lequel nous faisons face à notre commune vulnérabilité face à la maladie, à la souffrance, à la mort ? Cette qualité singulière de la santé et de la relation de soin explique pourquoi la relation entre médecin et patient repose sur des codes déontologiques (et le fameux serment d'Hippocrate), ou encore sur des normes morales ou des valeurs sociales.

À l'évidence, cet ancrage normatif de la santé est mis à mal par le triomphe intellectuel de l'économisme dont l'une des manifestations est de traduire cette spécificité dans le langage de la théorie du choix rationnel. Or l'économie de la santé moderne est restée en phase avec l'évolution d'ensemble de la discipline économique qui entend ne pas se « salir les mains avec la question des valeurs⁴ ». L'insistance sur les comportements stratégiques et les problèmes d'asymétrie d'information, la valorisation d'une logique de type *Homo œconomicus*, la promotion de la concurrence et du comportement entrepreneurial des médecins comme des patients etc. ont réduit les valeurs – et l'exigence de justice que pose inévitablement la répartition des « biens de soins » – à de simples problèmes d'efficacité. Si, comme le suggère Amartya Sen [1993, p. 11], « l'économie moderne s'est trouvée considérablement appauvrie par la distance qui a éloigné l'économie de l'éthique »,

4. Pour reprendre les termes de Haussman et McPherson [1993], qui soulignent que si la « bonne personne » (au sens d'un « honnête homme ») se doit de prendre les préoccupations éthiques au sérieux, il en va tout autrement du « bon économiste ».

il en va particulièrement ainsi de l'économie de la santé standard qui met en scène un monde de la santé peuplé d'acteurs assez singuliers et guère sympathiques : médecin tricheur et maximisateur impénitent ; patient fraudeur et calculateur ; État dominé par une bureaucratie parasitaire qui doit s'en remettre aux mécanismes marchands etc. En ce sens, les effets contre-productifs que les premiers textes de ce numéro ont permis de pointer ne sont pas sans rapport avec l'hégémonie de ce que Marx nommait « l'économie vulgaire » – pour l'opposer à l'économie politique classique. Critiquer la marchandisation des soins – cet utilitarisme pratique désormais dominant – exige donc de critiquer cette économie vulgaire – cet utilitarisme théorique qui en énonce le langage et en fournit la principale justification, au nom de la science.

C'est dans cette perspective, critique, que *Philippe Batifoulier* analyse le processus contemporain de désocialisation de l'assurance maladie. Une façon très simple de satisfaire au mot d'ordre de limitation de la dépense de santé publique ne consiste-t-il elle pas en effet à laisser les individus s'assurer eux-mêmes pour leurs frais de santé ? Cette saignée est recommandée par les médecins de Molière au chevet du déficit de l'assurance maladie. Elle change profondément la nature de la protection santé : déconnectée des solidarités collectives et du registre du don fraternel [Chaniel, 2008] qui anime l'assurance sociale, elle devient davantage individuelle. Cette stratégie conduit alors à développer le marché de l'assurance santé privée qui a bien compris qu'il y avait du « grain à moudre et du blé à engranger ». L'auteur montre ainsi comment la théorie économique standard est parvenue à faire croire que l'assurance santé était un problème et qu'il convenait par conséquent de la réduire à coup de hausses des tickets modérateur, forfaits ou franchises. Ces malus infligés au patient ont pour objet de le rendre plus économe alors qu'une couverture maladie généreuse le pousserait au gaspillage. Or en mettant des barrières financières à l'entrée du système de soins, une telle conception prive de soins ceux qui en ont le plus besoin. Stratégie absurde puisqu'elle induit des dépenses nouvelles, notamment par des mécanismes de retard de soins et de report vers l'hôpital.

Les mêmes errements de « l'économie vulgaire » se retrouvent au niveau de la politique de l'offre médicale. En la matière, l'une

des innovations majeures consiste en l'introduction du paiement à la performance (P4P) des médecins libéraux. *Nicolas Da Silva* montre que la justification de ce dispositif repose sur l'idée que, tel un *Homo aeconomicus* patenté, les médecins seraient des calculateurs froids et uniquement intéressés à eux-mêmes. Dès lors, il faut construire des indicateurs censés mesurer leur performance afin de récompenser ceux qui atteignent des objectifs prédéfinis. Cependant, les études internationales réalisées sur l'efficacité du P4P en médecine révèlent qu'elle est douteuse. Pire, le P4P produit des effets pervers en termes de qualité et d'accès aux soins. L'échec de ce type de mécanisme suggère que les médecins ne sont pas exclusivement intéressés à l'intéressement. Pour autant qu'ils sont animés de motivations dites intrinsèques (pour lesquelles l'action a une valeur en soi), les récompenses financières transforment les médecins en chasseurs de prime et peuvent avoir des effets contre-productifs quand les motivations extrinsèques (où l'action est motivée par la récompense ou la sanction) font disparaître les motivations intrinsèques. En matérialisant l'hypothèse que les médecins ne seraient mus que par l'appât du gain, on contribue à les rendre tels et à faire perdre la source même de leur efficacité tant thérapeutique qu'économique.

L'hypothèse selon laquelle la rationalité économique (ou des économistes) est le principal obstacle à une véritable raison économique est également développée par *Jean-Pierre Dupuy* dans un texte extrait de son dernier ouvrage [Dupuy, 2012]. Il y analyse la façon dont l'économie de la santé aborde la question de la mort et du coût de la fin de vie et dont le calcul économique d'allocation des ressources rares atteint vite ses limites quand il s'agit de santé. On peut, en effet, toujours comparer un critère de résultat ou de gain en santé d'un protocole, d'un médicament etc. avec son coût. Mais ces méthodes de calcul et de comparaison coût/utilité se heurtent à des obstacles éthiques fondamentaux. La santé nous rappelle que l'être humain est terriblement humain, humain trop humain, jusque dans la mort. Faire de la mort et des soins de fin de vie un objet de calcul économique conduit alors à naturaliser les termes de la question morale jusqu'à la faire disparaître corps et bien.

C) Du don de soin : alternatives anti-utilitaristes

Si, nous l'avons souligné, les nouveaux modes de gestion ou de management ne semblent guère bons pour la santé et s'il y a ainsi quelque sens à risquer le diagnostic d'une « déshumanisation de la médecine » [Caillé, 2008], n'est-ce pas parce que cette propension à tarifier, cette obsession pour la quantification, appuyée sur un regard comptable désormais dominant sur la santé, tend à méconnaître et par là à éroder la « part gratuite » de l'acte de soin [Batifoulier, Ventelou, 2008] ? Mais comment explorer, sans naïveté, cette part, inestimable, de gratuité ? « Demain on rase gratis », ou plutôt : « Demain on soigne gratis » ? Tel n'est peut-être pas l'enjeu essentiel. La gratuité ne définit en effet pas seulement un certain mode d'accès au soin – gratuit/payant –, mais davantage une certaine qualité de la relation de soin, une certaine façon de donner des soins. D'où l'importance du paradigme du don – mais aussi des théories du *care* – pour esquisser quelques alternatives, résolument anti-utilitaristes.

Dans cette perspective, il n'est pas illégitime d'interroger tout d'abord la contribution des mutuelles de santé. À partir d'une recherche menée sur un programme d'aide aux « aidants » dans le champ de la dépendance, *Philippe Chanial* et *Gérald Gaglio* analysent, du point de vue du paradigme du don, les raisons et les formes, mais aussi la portée de l'engagement d'une mutuelle française pour cette « cause publique ». Que « donne » ce dispositif original qui se propose de « donner à ceux qui donnent » ? Plus généralement, dans quelle mesure et avec quelles limites les mutuelles pourraient-elles ouvrir une alternative face à la constitution d'un marché de la dépendance où les appétits marchands – notamment ceux des assurances privées – sont particulièrement voraces ? Si le diagnostic des auteurs reste réservé, il souligne néanmoins qu'en s'opposant au « tout marchand » et à la seule prestation de produits d'assurance monétarisés et individualisés, ces « économies non-économiques » que constituent les mutuelles peuvent encore incarner, conformément à leur histoire, des laboratoires alternatifs où s'inventent et s'expérimentent de nouvelles solidarités, un nouveau pacte de soin où le don fait lien. À condition, toutefois, qu'elles assument, par le mode d'institution démocratique de l'économique qu'elles incarnent, leur dimension proprement politique.

Un entretien très instructif avec *Étienne Caniard*, président de la Mutualité française, permet de bien comprendre la singularité des mutuelles dans le champ de la santé ainsi que leur fragilité. Dans l'idéal, les complémentaires santé ne devraient pas exister et tout devrait être pris en charge par le régime général de la sécurité sociale. Le transfert de charge vers l'assurance complémentaire est en effet source d'inégalités. D'abord parce que les complémentaires restent inaccessibles à 6 % des individus, qui ne peuvent pas se les payer. Ensuite parce que tout le monde n'a pas la même complémentaire et les plus couvrantes vont aux plus aisés et donc à ceux qui ont le moins besoin de soins du fait de l'existence d'inégalités sociales d'état de santé. Bref, le moindre euro transféré aux assurances santé complémentaires est un euro d'inégalité. D'autre part, toutes les complémentaires ne sont pas mutualistes et les mutuelles doivent affronter la concurrence des assurances à but lucratif. Ce qui les conduit souvent à adopter les mêmes méthodes. Que reste-t-il alors de l'identité mutualiste dans ces conditions ? Étienne Caniard met en avant le danger que représente un espace de la complémentaire santé livrée à la concurrence « libre et non faussée ». La concurrence est perverse. Elle a besoin d'être fortement régulée. « Sur le dentaire, explique par exemple Étienne Caniard, s'il n'y a pas de régulation, il y aura une catastrophe sanitaire. En effet, les deux tiers de l'activité d'un dentiste consistent dans des soins qui lui procurent un tiers de ses revenus. Mais les prothèses représentent le tiers de son activité et lui procurent les deux tiers de ses revenus. Aujourd'hui, en l'absence de régulation, des centres *low cost* se développent. Si on les laisse, ils ne feront que les prothèses. Mais qui fera les soins ? Aucun chirurgien-dentiste n'acceptera de faire des soins sans faire de prothèse pour équilibrer ses revenus. » Encore une illustration de l'absurdité d'une régulation exclusivement marchande qui, sous prétexte d'économies, coûtera cher à tout le monde en multipliant les prothèses onéreuses au détriment des soins de base.

Les deux contributions suivantes mobilisent, quant à elles, le paradigme de don pour repenser les formes de gestion de l'institution hospitalière. *Dominique Bourgeon* propose ainsi de relire les relations de pouvoir au sein de l'hôpital au regard de la hiérarchie des dons qui y circulent. Bel exemple de sociologie des organisations en clé de don qui montre comment la reconnaissance de la valeur des agents est proportionnelle à celle de leurs dons ou

de leur charisme⁵. Dans les unités de soins où la mort est présente, toutes les actions sont justifiées dans leur rapport au vital. Si les tâches dédiées à la vie quotidienne (soins du corps, de confort, d'hygiène etc.) apparaissent comme de simples dons de vie, par contraste, la priorité ultime réside dans le soin salvateur, dans le geste qui sauve : le don de sur-vie. La référence à la survie organise ainsi les relations de pouvoir et les soignants usent du temps de l'urgence à l'encontre du pouvoir administratif, voire du patient, celui qui doit donner du temps mort – savoir attendre – pour recevoir un surplus de vie. Cette exigence issue du vital s'exerce également sur l'encadrement administratif qui dicte le futur au moyen du planning. Dès lors, la gestion de l'hôpital apparaît devoir avant tout reposer moins sur une balance comptable des coûts et des bénéfices que sur une balance, bien plus subtile, des dons, en quête d'un juste équilibre entre ce qui est donné et ce qui est rendu⁶.

Dans un court texte très suggestif, *Jean-Paul Dumond* propose lui-aussi un plaidoyer original – d'inspiration kantienne plus que maussienne – pour une « gestion des organisations de santé à la lumière du don ». Si nos sociétés contemporaines se sont évertuées à transformer le soin en une chose, voire en une marchandise, ne faut-il pas rappeler qu'il est d'abord un bienfait, même hautement technicisé, apporté par une personne à une autre personne ? Dès lors, on ne saurait omettre le don dans le travail de soin, sauf à négliger le mouvement par lequel les individus *s'adonnent*, dans les limites des prescriptions, mais aussi à mésestimer la conscience professionnelle, la confiance, l'entraide, le sens trouvé dans l'activité. Bref, même si le don ne se « gère » pas, souligne bien l'auteur, il peut néanmoins nourrir la réflexion de celui ou de celle en devoir d'agir en tant que gestionnaire.

Deux cas pratiques, mais de portée plus générale, viennent approfondir cette recherche d'alternatives anti-utilitaristes. S'il est un domaine où le paradigme du don a sa place reconnue, c'est bien dans celui de la transplantation d'organes. *Mark Anspach* analyse ici une expérience (américaine) très originale, celle menée par l'Alliance pour donations couplées (*Alliance for Paired Donation*). Il s'agit

5. C'est-à-dire la traduction du fait qu'on les suppose doués. Voir *infra*.

6. Cette lecture des actes médicaux et de leur valeur en clé de don doit être mise en rapport avec celle d'Isabelle Marin [2008].

d'un échange de dons qui dépasse le cadre d'un seul couple ou d'une seule famille, un échange de dons capable de mettre ensemble — comme le fait en d'autres circonstances le marché — toute une série d'inconnus. Ce réseau accueille en effet tous les patients qui ont quelqu'un prêt à les aider, non pas en leur faisant directement le don d'un rein, mais en l'offrant à un autre patient appartenant au même réseau et qui possède le profil biologique nécessaire pour le recevoir. Les donataires reçoivent ainsi plus qu'un organe vital : la possibilité de contribuer à leur façon au jaillissement du flux des dons. En ce sens, invoquer l'esprit du don n'a ici rien d'irénique ni d'exotique, tant, à travers les formes de réciprocité généreuse qu'il inspire, il constitue bel et bien une alternative féconde à l'échange marchand... C'est en clé de *care* que *Christian Léonard* étudie une autre forme d'alternative à la marchandisation des soins, et ainsi, aux modèles si prégnants de l'économie standard. Sur un dossier largement discuté, celui de l'usage des « statines » pour réduire le risque de maladie cardiovasculaire, il souligne combien, loin des incitations qui font appel à la maximisation de l'intérêt personnel, il est essentiel de promouvoir une responsabilisation — une possibilité de « capacitation » de chacun — fondée sur une conception plus « humaine » de l'individu, qui fasse droit à l'empathie, la compassion, la générosité, l'altruisme. Bref à tout un ensemble de valeurs et de sentiments auxquels l'économie néoclassique n'a pas consacré une place suffisante.

Pour mieux nous libérer d'un regard trop étroitement comptable sur la santé, c'est sur un regard anthropologique que s'achève ce dossier. *Marika Moisseeff*, actualisant la théorie durkheimienne de la religion, nous invite en effet à considérer la santé comme la nouvelle religion globale de nos sociétés contemporaines. Non pas cette religion désincarnée de l'individu qu'annonçait Durkheim mais celle des corps, de la chair et de ses composants. Les rites sanglants des Aborigènes australiens sont-ils, en effet, si éloignés des nouveaux traitements appliqués au corps dans nos institutions médicochirurgicales, ces nouveaux temples où l'on naît et où l'on meurt ? Dans cette perspective, les salles d'urgence, les blocs opératoires, les morgues et les salles d'autopsie renvoient beaucoup plus qu'on ne le croit, et en dépit de toute la sophistication technique mobilisée, à des lieux où le sacré est à l'œuvre. On retrouve ainsi le propos de *Dominique Bourgeon* analysant la hiérarchie des tâches à l'hôpital selon les doubles finalités entrecroisées de la

vie et de la survie. Les finalités constitutives, somme toute, du religieux. Dont on ne s'étonnera donc pas qu'il persiste au cœur même de l'institution purement technoscientifique qu'est supposé être l'hôpital. Qu'il est donc définitivement impossible d'analyser sous le seul angle de la rationalité comptable.

Conclusion

Au terme de ce parcours, espérons-le, le lecteur aura en main tout un ensemble d'aperçus à la fois théoriques et empiriques lui permettant de remettre en question les dérives du néomanagement appliqué au domaine de la santé et à l'hôpital. Une vaste littérature atteste désormais de son inefficacité générale⁷. Dans le champ de la santé, cette inefficacité est redoublée, pour deux séries de raisons spécifiques. Le néomanagement échoue à chaque fois qu'il détruit des motivations intrinsèques (ce qu'on fait par sens du devoir, par solidarité ou par plaisir du travail bien fait) pour leur substituer des motivations extrinsèques (l'appât du gain, matériel ou symbolique). Comme les motivations intrinsèques ont toujours été puissamment constitutives de l'engagement dans les activités thérapeutiques, on conçoit que les ravages de la *reductio ad hominem economicum* soient ici encore plus grands qu'ailleurs.

Ensuite, on l'a vu, tout l'appareil de motivations financières mis en place a pour effet pervers de tendre à remplacer la prévention par des remédiations techniques lourdes et de plus en plus coûteuses, et à substituer l'hospitalisation aux soins ordinaires tout en encourageant les hôpitaux à multiplier les interventions rémunératrices. Bref tout le système est incité à faire des économies qui coûtent de plus en plus cher et à faire litière des valeurs morales qui faisaient sa force et son efficacité.

7. L'ouvrage le plus informé, résultat d'enquêtes menées dans des dizaines de très grosses entreprises internationales est celui de François Dupuy [2011].

Libre Revue

Comme souvent, il est possible de trouver de nombreuses harmoniques entre le thème principal de ce numéro et les articles qui ne s'y rapportent pas directement. On a vu plusieurs fois affleurer ici une distinction entre deux significations bien distinctes du mot don. Comme le montre excellemment *Nathalie Heinich*, sociologue de l'art renommée, ce n'est évidemment pas la même chose de *faire* un don ou d'*avoir* un don. Le don artistique par exemple. Or dans l'acte médical, comme partout mais plus que partout sans doute, les deux dimensions de don entrent en jeu de façon étroitement entrecroisée. Non seulement le soignant prodigue des soins et donne de sa personne mais encore faut-il qu'on lui reconnaisse un certain charisme. Qu'on le juge ou le croie doué. Une fois cette distinction opérée⁸, il est possible de rayonner dans plusieurs directions. Soit pour explorer les rapports entre don, jeu et créativité, comme le fait Alain Caillé @ dans le fil du dernier livre de Roberte Hamayon, *Jouer* [Hamayon, 2012]. Soit pour relire de manière saisissante *L'Idiot* de Dostoïevski avec *Michel Terestchenko*, qui développe ici son cycle intitulé la littérature et le bien, en donnant une vision saisissante du prince Mychkine. Au-delà de toute psychologie, ne constitue-t-il pas en réalité un cas de conjonction parfaite entre le don empathique et la pure donation, *i.e.* la liberté absolue ? Entre don et charisme, si l'on veut ? Dans une autre direction, la réflexion sur l'acte thérapeutique et l'hôpital pourrait s'inspirer de la grammaire des relations humaines esquissée par *Hervé Marchal*. Ne s'agit-il pas à chaque fois, en effet, d'appréhender le patient « tour à tour comme un être humain, un être social et un être singulier dans un souci de totalisation éthique de l'autre » ?

Paul Cary et *Claire-Sophie Roi*, quant à eux, analysent les effets pervers de la bonne volonté caritative, dans une belle étude socio-ethnographique du fonctionnement d'une association catholique de distribution de l'aide alimentaire dans une petite ville du nord de la France.

8. Insuffisamment développée dans le cadre des travaux du Mauss, même si elle a été plusieurs fois travaillée par Alain Caillé et si elle est au cœur des articles de Lewis Hyde publiés dans plusieurs numéros de la *Revue du MAUSS trimestrielle* et repris dans Chaniel [2008, chap. 35 et 36].

Les articles de Philippe Batifoulier et de Nicolas Da Silva montraient à la fois les limites et les effets pervers d'une économie de la santé inspirée du paradigme économique standard. On complètera très utilement la lecture de leurs textes par celle de l'article d'*Emmanuel Petit* ⁹ qui présente un panorama très complet de la prise en compte des théories du *care*, elles aussi bien évidemment indispensables à une réflexion sur le monde médical. On ne sera pas surpris qu'il conclue à leur incompatibilité, là encore, avec la théorie économique standard.

À côté des théories du *care*, les théories de la reconnaissance constituent l'autre grand champ de renouveau théorique de ces dix ou vingt dernières années. *Laurent de Briey* discute de façon très fine quelques-unes des impasses de la nouvelle philosophie sociale qui s'en inspire et les prolonge, notamment lorsqu'elle défend la généralisation de l'idéal normatif d'une égale reconnaissance. En raison de l'intérêt privilégié accordé aux personnes fragilisées ou aux cultures minoritaires, ces théories de la reconnaissance ne risquent-elles pas alors de se réduire à des théories de la non-reconnaissance et, par leur volonté de mettre fin à toute mésestime sociale, de rendre impossible toute estime positive ?

Enfin, *Florence Jany-Catrice* et *Dominique Méda*, deux des principales championnes et spécialistes des indicateurs de richesse alternatifs, présentent ici un point très complet sur l'état de la question. Jusqu'où faut-il aller dans le recours à l'évaluation quantitative de l'« utilité sociale » produite au-delà de la valeur économique ? À trop vouloir la quantifier, ne risque-t-on pas de la détruire en la faisant apparaître comme une dimension quasi économique, en faisant du coup comme si les motivations intrinsèques pouvaient être évaluées à titre de variétés de motivations extrinsèques⁹ ? On trouvera, dans leur article, les bases d'un accord possible et raisonnable entre adeptes et critiques de l'évaluation quantitative. Sans doute généralisable au monde de la santé.

9. Pour la mise en lumière de ce danger, voir Alain Caillé [2011].

Références bibliographiques

- BATIFOULIER Philippe, VENTELOU Bruno, 2008, « L'érosion de la "part gratuite" en médecine libérale », in CHANIAL Philippe (dir.), *La Société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, La Découverte, 2008, Paris, p. 443-459.
- BEAUVALLLET Maya, 2009, *Les Stratégies absurdes. Comment faire pire en croyant faire mieux*, Le Seuil, Paris.
- BELORGEY Nicolas, 2010, *L'Hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, La Découverte, Paris.
- CAILLÉ Alain, 2011, *L'Idée même de richesse*, La Découverte, Paris.
- 2008, « Le don, la maladie et la déshumanisation de la médecine », in CHANIAL Philippe (dir.), *La Société vue du don, op. cit.*, p. 436-442.
- CHANIAL Philippe, 2008, « Donner aux pauvres. Pour une histoire de la protection sociale dont les héros seraient des concepts », in *La Société vue du don, op. cit.*, p. 272-304.
- 2010, « Le *New Public Management* est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin », *Revue du MAUSS semestrielle*, « La Gratuité. Éloge de l'inestimable », n° 35, La Découverte/MAUSS, p. 107-122.
- DUPUY François, 2011, *Lost in Management*, Le Seuil, Paris.
- DUPUY Jean-Pierre, 2012, *L'Avenir de l'économie. Sortir de l'écomystification*, Flammarion, Paris.
- HAMAYON Roberte, 2012, *Jouer. Une étude anthropologique à partir d'exemples sibériens*, La Découverte, Paris.
- MARIN Isabelle, 2008, « Don et sacrifice en cancérologie », in CHANIAL Philippe (dir.), *La Société vue du don, op. cit.*, p. 401-412.
- HAUSMAN Daniel M., MCPHERSON Michael S., 1993, « Taking Ethics Seriously : Economics and Contemporary Moral Philosophy », *Journal of Economic Literature*, vol. 31, n° 2, juin, p. 671-731.
- MAS Bertrand, PIERRU Frédéric, SMOLSKI Nicole, TORRIELLI Richard (dir.), 2011, *L'Hôpital en réanimation*, Éditions du croquant, Bellecombe-en-Bauges.
- PINK Daniel H., 2011, *La Vérité sur ce qui nous motive*, Leduc. s éditions, Paris.
- SEN Amartya, 1993, *Éthique et économie*, PUF, « Quadrige », Paris.

Résumés et *abstracts*

- **André Grimaldi** *Les hôpitaux en quête de rentabilité : à quel prix ?*

L'ère scientifique de la médecine, communément appelée « médecine fondée sur les preuves », a permis de définir des normes et procédures. Elle a produit les concepts de « médecine industrielle » et de « médecin ingénieur » qui ont servi à justifier l'application systématique du management d'entreprise à l'hôpital et la généralisation du paiement à l'activité (T2A). Le « business plan » a remplacé la planification sanitaire, la recherche de l'augmentation de l'activité l'impératif éthique du « juste soin », la quête de rentabilité le devoir du « juste coût », les structures de gestion (pôles) les structures de soins (services), la concurrence la complémentarité. La notion de « part de marché » s'est substituée à celle de « besoins ». Cette politique, à peu près adaptée aux gestes techniques simples programmés, s'est fracassée sur la réalité de la médecine, en particulier pour la prise en charge des urgences, des pathologies graves ou complexes et des maladies chroniques, notamment chez les personnes très âgées ou en situation de précarité. La définition d'une politique alternative prenant en compte la pluralité de l'exercice médical ne devra pas s'arrêter au rétablissement dans les textes du service public hospitalier. Elle devra réviser les modes de financement, à l'hôpital comme en ville, condition nécessaire pour une réelle coopération.

- *The Cost of Hospital Cost-Effectiveness*

The 'evidence-based medicine' era has allowed for the definition of norms and procedures. It has produced the concepts of 'industrial medicine' and 'medical engineer' which have served to legitimate the systematic application of business management principles to hospitals and the generalisation of the

performance-based payment by medical act model. 'Business plans' have replaced sanitary planning, the maximisation of activities has replaced the ethical imperatives of fair treatment, cost-effectiveness has replaced the duties of fair cost, administrative structures have replaced care structures, and competition has replaced complementarity. Notions such as 'market shares' have substituted notions such as 'needs'. These politics, which were adapted to rather simple, programmed, technical acts, have been challenged by the complex realities of health care, namely in what concerns emergency wards, serious and complex pathologies, as well as chronic illnesses, especially with respect to the elderly and those in situations of precariousness. Defining alternative politics for healthcare should take into account the plurality of situations making up hospital medicine, should go beyond reinstating the principles of public service and should proceed to a revision of the modes of financing within a collaborative framework between hospital and city.

• **André Helman *Hôpital à vendre ? La marchandisation du système de soins en France depuis 1996***

Le système public de soins à la française, en particulier l'hôpital – réalité et symbole auxquels les Français sont si attachés –, sont soumis depuis 1996, quelle que soit la couleur politique des gouvernements successifs, à un flux incessant de réformes destinées à en améliorer la gestion, l'efficacité, la sécurité, voire à développer sa compétitivité. Dans cette volonté de l'adapter au contexte néolibéral, de le contraindre à en adopter les principes, deux exemples suggèrent que les mots employés pour désigner les réformes et les intentions affichées pour les justifier sont loin d'être univoques : la *démarche qualité* a surtout conduit à instituer une culture de l'évaluation quantitative, tandis que la *tarification à l'activité* a ouvert la voie vers une gestion commerciale des hôpitaux, à l'image de celle des cliniques privées. De ce parcours complexe et coûteux, le « don de soins » ne sort pas grandi. Les hôpitaux, certes, sont plus modernes et plus sûrs, mais le patient, le plus souvent seul avec sa souffrance, n'y trouve pas son compte.

• ***Hospital for Sale? The Commoditisation of Health Care in France since 1996***

The French healthcare system, which remains so very important to the French, has been subject since 1996 to ongoing waves of reforms, regardless of the political composition of the government, aimed at bettering its administration, efficiency, security, and even competitiveness. Two examples in particular show how these reforms are adaptations to the neoliberal context which constrain to the adoption of its principles: First, 'quality' has mostly served to institute a culture of quantitative measurement. Second, *performance-based payment* has led to a commercial administration of hospitals copied on the model of

private clinics. In the end of this complex and costly process, there has been little if no improvement of care. While hospital are perhaps more modern and more secure places, the patient is often left alone with his suffering.

• **Jean-Paul Domin** *Quand l'hôpital se moque de la charité, son compromis fondateur est rompu*

Cet article propose une lecture de la crise actuelle du système hospitalier français. Son évolution, depuis le début du XIX^e siècle, a été motivée par un objectif de démarchandisation. L'hôpital s'est d'abord construit en opposition au marché de la santé, il a ensuite accompagné le mouvement de socialisation de la dépense de santé, initié à la fin du XIX^e siècle. Depuis les années 1980, les réformes favorisent une remarkandisation. La crise actuelle de l'hôpital tient au fait que la logique managériale vient heurter une histoire marquée par l'accueil de toutes les souffrances.

• *When the Hospital Mocks Charity, its Founding Compromise is Broken*

This article proposes an interpretation of the current crisis of the French hospital system. Historically, its evolution since the beginning of the 19th Century was motivated by a non-commoditized objective. The hospital was first erected in opposition to the health market before it came to accompany the movement for the socialisation of healthcare expenses at the end of the 19th Century. Since the 1980s, however, the various reforms have favoured a re-commoditisation. The current crisis of the hospital system is due to the fact that the managerial logic has come to conflict with a long history shaped by the reception of all human sufferings.

• **Dr Blouses** *L'hôpital malade de l'« efficacité »*

Médecins hospitaliers depuis de nombreuses années, nous disons ici notre désarroi et notre colère face à certaines pratiques inacceptables dans nos hôpitaux. Le rationnement des soins qui les caractérise aujourd'hui se traduit par une augmentation des risques et des inégalités d'accès pour les patients, en particulier en matière de transport (brancardage et ambulances). De son côté, relégué au rang de simple facteur de (mauvaise) production, le personnel hospitalier ne peut plus exercer correctement son métier de soignant. En particulier les médecins, qui se trouvent face à une injonction contradictoire : responsables des soins, ils se voient refuser les moyens de les prodiguer correctement. Enfin, on constate un renforcement de l'écart entre ce qui est réellement fait dans les établissements et les comptes rendus officiels qui en sont donnés. Par ce texte, nous entendons alerter sur ces évolutions qui menacent la santé des patients.

• *The Efficiency Sickness of Hospitals*

As medical doctors working in hospitals, we here state our disarray and frustration with respect to certain practices that we consider unacceptable. The rationing of care occurring today increases the risks as well as the inequalities in service access for patients, namely regarding transport. Meanwhile, hospital personnel have become mere factors of production and can no longer correctly exercise the caring profession. Doctors in particular are caught between contradicting exigencies, as they are held responsible for care while being refused the resources needed for providing adequate services. Finally, there is a growing discrepancy between the official reports of activities and what is actually being accomplished in hospital establishments. This text aims to alert the public to these evolutions which are menacing the health of patients.

• **Philippe Batifoulier** *Faire payer le patient : une politique absurde*

Faire payer le patient est une stratégie à la mode, et les tickets modérateurs, franchises médicales et participation forfaitaire se sont largement développés, en France comme ailleurs. Il s'agit d'organiser le renoncement aux soins pour raison financière pour lutter contre les gaspillages. Disposer d'une assurance maladie généreuse encouragerait une consommation de soins sans utilité pour la santé. Une telle conception n'est pas seulement erronée. Elle s'est avérée tragique : faire payer le patient nuit en effet gravement à son état de santé et alimente les inégalités. En mettant des barrières financières à l'entrée du système de soins, elle prive de soins ceux qui en ont le plus besoin. C'est aussi dès lors une stratégie absurde car elle active des dépenses nouvelles, notamment par des mécanismes de retard de soins et de report vers l'hôpital.

• *Billing the Patient: An Absurd Policy*

Making the patient pay is a fashionable strategy today: user fees, ticket systems, deductibles and differential co-payment are practices that have developed in France as in other countries. The idea behind these is to organise the renunciation of care by patients for financial reasons in order to fight against 'waste', as a generous public insurance is seen as encouraging a useless consumption of healthcare. Such a conception is not only erroneous, it also has tragic effects: billing the patient is harmful to his health and feeds inequalities. Rising financial barriers at the threshold of the healthcare system deprives those who are most in need of care. It is also an absurd strategy as it activates new expenses such as those incurred by belated treatment and hospital influx.

• **Nicolas Da Silva** *Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale*

L'un des piliers de la réforme du système de santé français porte sur l'introduction du paiement à la performance (P4P) dans la rémunération des médecins libéraux. La justification de ce dispositif repose sur l'idée que, tel l'*Homo œconomicus*, les médecins sont des calculateurs froids et uniquement intéressés à eux-mêmes. Dès lors, il faut construire des indicateurs censés représenter la performance des médecins afin de récompenser ceux qui atteignent des objectifs prédéfinis. Il faut les intéresser au bien-être collectif. Cependant, les études internationales réalisées sur l'efficacité du P4P en médecine révèlent des résultats très faibles. Pire, le P4P produit des effets pervers remettant en cause la qualité et l'accès aux soins. L'échec de ce type de mécanisme suggère que les médecins ne sont pas exclusivement intéressés à l'intéressement. Il faut alors considérer l'existence d'une pluralité de registres de motivations parfois substituables.

• **Do Medical Doctors Need to be Self-Interested to be Motivated? A Critical Analysis of Performance-Based Compensation**

One of the pillars of the French health system reform is the introduction of the performance-based compensation (P4P) of medical doctors in liberal practice. The justification for such a measure rests on the idea according to which, as the *Homo economicus* of neo-classical economic theory, doctors are above all self-interested calculating maximizers. Hence the development of indicators supposed to measure the performance of doctors in order to compensate those who attain predefined objectives. As such this model purports the idea that doctors need to be self-interested in the common good. Yet the international studies on the effectiveness of the performance-based payment model reveal meagre results. Worse, the P4P produces perverse effects that threaten the quality and the accessibility of care. The failure of this type of mechanism suggests that medical doctors are not exclusively interested in self-interest, and thus that the plurality of motivations should be taken into consideration.

• **Jean-Pierre Dupuy** *L'économie de la fin et la fin de l'économie*

C'est probablement dans la manière dont les économistes traitent de la question de la mort que se révèle le mieux cette incroyable insensibilité aux éléments les plus basiques de la condition humaine qui les caractérise en tant que profession. Puisque la théorie économique se définit davantage

par sa méthode que par ses objets, elle ne voit pas d'objet auquel sa méthode ne devrait pas s'appliquer pour des raisons de principe. La question de la mort-propre n'est pas moins digne de l'attention d'un économiste que le sont l'inflation ou le chômage. Cette question pourrait bien cependant être la pierre d'achoppement de l'économie, le scandale sur lequel elle bute et trépane. C'est que l'on tente de montrer en revenant aux fondements du calcul économique de la valeur de la vie humaine lorsque celle-ci est traitée de façon statistique et/ou contrefactuelle.

• *The End's Economics and the Economics' End*

Nothing more plainly reveals economists' astonishing insensitivity to the most basic aspects of the human condition than the way they treat matters of life and death. Since economic theory is defined for the most part by its method, rather than by its subject matter, economists suppose there is no subject to which this method cannot profitably be applied. The death of a person is just another topic for analysis, no less suitable than inflation or unemployment. It may nevertheless well be the fatal stumbling block of economics, which brings it face to face with its own final collapse. We set out to illustrate this claim by revisiting the foundations of the economic calculus of the value of human life when the latter is dealt with as a statistical and/or counterfactual entity.

• **Philippe Chaniel et Gérard Gaglio** « *Aidons les aidants.* »
Une initiative mutualiste face au marché de la dépendance

Cet article se propose d'étudier une initiative mutualiste, le programme « aidons les aidants », dans un champ où les appétits marchands sont particulièrement voraces, celui de la dépendance. Que « donne » ce dispositif composite qui se propose de « donner à ceux qui donnent » ? Plus généralement, il s'agit ici de se demander quelle(s) valeur(s) peuvent produire ces formes d'initiatives hybrides mêlant dimension marchande (valeur économique) propre au champ concurrentiel de l'assurance et dimension civique (valeur sociale) caractéristique de l'engagement mutualiste. Afin d'étayer le propos, la figure, ambiguë, de l'aidant est rapportée à une double polarité : l'aidant-patient et l'aidant-agent. L'aidant-patient peut devenir un malade, un usager ou un client alors que l'aidant-agent se personnifie en un proche, un professionnel ou un citoyen. Cette cartographie amène à privilégier les dimensions politique et solidaire pour prendre en charge la question des aidants, au détriment d'un traitement uniquement marchand et assurantiel.

• *'Caring for the Caregivers.'* *A Mutualist Initiative Against Market Dependency*

This article proposes a study of a mutualist initiative called 'Caring for the Caregivers' in an area in which market appetites are particularly sharp, that

of dependency. What does this composite program propose 'to give to those who give'? On a more general level, the question is what value(s) is(are) produced by this form of hybrid initiative in which the commercial dimensions (economic value) of the competitive world of insurance are mixed with the civic dimensions (social value) of mutualist associations. In order to frame the discussion, the ambiguous figure of the caregiver can be seen as being twofold: the caregiver-patient and the caregiver-agent. The caregiver-patient can become a patient with an illness, a user or a client, while the caregiver-agent appears either as kin or kith, a professional or a citizen. This cartography enables that we privilege the political and solidarity dimensions in treating with issues involving caregivers, against a uniquely economic perspective.

• **Jean-Paul Dumond** *Gérer les organisations de santé à la lumière du don*

En redéfinissant les exigences professionnelles, en reconsidérant les modalités d'évaluation et en laissant une large autonomie aux professionnels, il semble possible de laisser la logique du don s'éclorer dans les organisations de santé. Le développement du don dans le travail suppose, en effet, un cheminement où apparaissent successivement, agencés de manière dialectique, la prescription de l'employeur, la liberté de l'opérateur puis le don de soi, la transaction et le devoir.

• *Managing Health Organisations in Light of the Gift*

By redefining professional requirements, by reconsidering the modalities of evaluation and by giving a large autonomy to healthcare professionals, it appears possible to let the logics of gift develop within health organisations. The development of gift in a work environment supposes in fact a process in which the following appear successively and dialectically: the employer's prescription, the liberty of the operator, the gift of self, the transaction, and duty.

• **Mark Anspach** *Don d'organes et réciprocité non marchande*

Une incompatibilité biologique peut empêcher la transplantation d'un rein offert par un donateur vivant à un être cher. Pour surmonter cet obstacle, les médecins américains relient entre eux des paires de donateurs et de patients dans des chaînes de réciprocité ouvertes qui font appel à l'esprit du don.

• *Organ donation and non-commercial reciprocity*

A biological incompatibility can prevent the transplant of a kidney offered by a living donor to a loved one. To overcome this obstacle, American physicians link together donor/patient pairs in open-ended chains of reciprocity that call upon the spirit of the gift.

• **Christian Léonard** *Le care capacitant. Une alternative au paradigme néoclassique de la responsabilité individuelle*

Les contraintes que la crise économique et financière fait peser sur les budgets publics semblent exacerber les velléités de rendre financièrement responsables les allocataires sociaux, et en particulier les patients. À l'aide de l'exemple des statines, médicaments utilisés pour réduire le taux de cholestérol, nous illustrons toute la complexité d'une démarche qui vise à déterminer les contours de la responsabilité individuelle des patients à l'égard de leur état de santé et des dépenses de soins. Des systèmes de « carottes » et « bâtons » sont ainsi préconisés pour inciter le patient à adopter un comportement « sanitaire correct » d'une part, et à devenir un consommateur de soins économe d'autre part. Contrairement à la logique de la rationalité économique, nous proposons une approche de libération de l'individu au moyen d'actes simples et concrets de « care capacitant ». Nous relierons ainsi *care*, liberté et responsabilité tant individuelle que collective dans un processus progressif de renforcement des capacités de l'individu à devenir acteur de sa santé et, de manière plus générale, de son existence.

• *The Capacitating Effect of Care. An Alternative to the Neoclassical Paradigm of Individual Responsibility*

The constraints of the financial and economic crisis on public budgets seems to exacerbate the pressures for making social welfare recipients, and patients in particular, financially responsible. Taking the example of statins, which are medication used to reduce cholesterol levels, this article shows the complexities of trying to determine the contours of patients' individual responsibility with respect to their state of health and ensuing healthcare expenses. A carrot and stick system are favoured to incite patients to adopt 'sanitarilly correct' behaviours on the one hand, while becoming sparing service consumers on the other. Contrary to the logics of economic rationality, this article supports an approach centred on the emancipation of the individual through simple and concrete acts of *capacitating care*. The argument links *care*, liberty and individual as well as collective responsibility in a progressive process of reinforcement of individual capacities so to become actors in their own health and, in a more general manner, in their existence.

• **Marika Moisseeff** *La chair, le sacré et le culte de l'homme dans les sociétés occidentales contemporaines*

En analysant la religion des Aborigènes australiens dans *Les Formes élémentaires de la vie religieuse*, Durkheim souligne que c'est le culte, et non les divinités, qui joue un rôle prépondérant dans toutes les religions, y compris dans celle qui devait s'imposer dans les sociétés « les plus évoluées ». L'entité sacrée des sociétés modernes renverrait alors à l'homme lui-même autour

duquel s'organiserait le culte de cette nouvelle religion que Durkheim situe du côté d'un humanisme désincarné n'ayant rien de commun avec les rites sanglants pratiqués par les Aborigènes australiens. En prenant quelque distance avec l'évolutionnisme, il est possible de réorienter son regard pour s'attacher aux nouveaux traitements appliqués au corps et les considérer comme ce qui fonde la religion globale de la santé mise en œuvre dans les institutions médico-chirurgicales, là où l'on naît, là où l'on meurt, dans les sociétés occidentales contemporaines, et renvoyant à la biopolitique de l'espèce humaine.

- *The Flesh, the Sacred and the Cult of Man in Western Contemporary Societies*

By analysing the religion of the Australian Aboriginals in *The Elementary Forms of the Religious Life*, Durkheim underlines that it is the cult, and not the divinities, which play a preponderant role in all religions, including those that would come to impose themselves in 'evolved societies'. The sacred of modern societies is Man himself, around which modern societies organise the cult of the new religion of Humanism. If we distance ourselves from the evolutionism found in Durkheim, it is possible to reconsider the issue of the religion of Man as made up in part by a global religion of health conveyed by the medical institutions in which contemporaries are born and die, and recast within a contemporary bio-politics of the human specie.

- *Nathalie Heinich Avoir un don. Du don en régime de singularité*

Le don ne signifie pas seulement le fait de *donner* quelque chose à quelqu'un, au mode actif, mais aussi le fait que quelque chose *soit donné* à un sujet, au mode passif. Le don en ce second sens renvoie essentiellement, dans notre culture, au don artistique. Il est associé à la passivité de l'inspiration en même temps qu'au don de soi par la vocation, et il est diamétralement opposé à la valeur démocratique de mérite. Seule la « grâce » permet de conférer de la grandeur au don inné, immérité. C'est pourquoi le don artistique est, pour les artistes créateurs, la principale objectivation, dans le monde moderne, de la Grâce religieuse, de même que l'est, pour les artistes interprètes à l'état de vedettes, le don de soi par la présence.

- *Having a Gift. About Gift in a Singularity Regime*

Gift is not only giving something to someone in the active mode, but also that something is given to a subject in the passive mode. The gift in the passive sense essentially recalls the artistic gift in our culture. It is associated to the passivity of inspiration as well as to the gift of oneself by vocation, both of which are diametrically opposed to the democratic value of merit. Only 'grace' confers grandeur to the innate, un-merited gift. This is why the artistic

gift is, for artistic creators, the main objectivization of religious Grace in the modern world, just as the gift of self through presence is that of the stars of the entertainment industry.

- **Alain Caillé** *Jouer / donner*

Le célèbre *Homo ludens* de Johan Huizinga s'inscrivait explicitement dans le sillage de l'*Essai sur le don* de Marcel Mauss. Le présent article profite de la publication récente du livre de l'ethnologue Roberte Hamayon, *Jouer. Une étude anthropologique à partir d'exemple sibériens*, pour interroger cette filiation et tenter d'éclairer le jeu à partir du don, et réciproquement. En posant, en arrière plan, la question de leur rapport commun au rite et à l'échange.

- *Playing/Giving*

Johan Huizinga's famed *Homo ludens* was set in continuation with Marcel Mauss' *Essay on the Gift*. The recent publication of Roberte Hamayon's book *Jouer. Une étude anthropologique à partir d'exemple sibériens (Play. An Anthropological Study from Siberian Examples)* provides a valuable occasion to interrogate the relation between play and gift, and conversely. The question of the relation of both play and gift with ritual and exchange also lies within the frame of this article.

- **Hervé Marchal** *Les conditions d'une totalisation éthique de l'autre. Entre humanisation, catégorisation et personnalisation*

L'article met en évidence trois logiques d'appréhension de l'autre considérées comme des qualités anthropologiques ou universelles : l'humanisation, la catégorisation et la personnalisation. Dès lors, il est question d'analyser plus finement les contours de ces trois facultés relationnelles à travers des épreuves qu'elles induisent directement dans le quotidien de chacun : l'humanité, l'inhumanité et la singularité. La conjugaison de ces trois registres d'identification d'autrui apparaît comme une condition nécessaire à l'instauration d'une véritable éthique relationnelle à même de considérer l'autre dans toute son épaisseur, à la fois comme un être humain, une catégorie spécifique et une personne singulière. Autrement dit, il s'agit de comprendre, dans une veine maussienne, comment l'autre peut être totalisé afin d'être saisi dans toute sa matière existentielle.

- *The Conditions for an Ethical Totalisation of the Other. Between Humanisation, Categorisation and Personalisation*

This article argues that there are three universal or anthropological logics at work in the apprehension of the 'other': humanisation, categorisation and

personalisation. It proposes to analyse the contours of these three relational faculties with respect to everyday trials: humanity, inhumanity and singularity. The combination of these three registers of identification of the other becomes the necessary condition for a true relational ethic able to seize the other in all of its density and complexity. In other words, this article proposes a Maussian perspective through which the other and all of its existential matter can be considered.

• **Laurent de Briey** *Une égale reconnaissance ?*

De nombreux théoriciens de la reconnaissance estiment légitime d'opérer un glissement de l'identification d'une attente de reconnaissance vers un idéal d'égale reconnaissance. L'objet de cet article est de mettre en doute qu'une égale reconnaissance puisse être un idéal normatif pertinent pour toutes les formes de reconnaissance. Certaines demandes de reconnaissance, celles relatives à l'estime, expriment en effet un souhait d'être reconnu positivement pour la valeur singulière de ses actes et de son identité, et non seulement que soit mis fin à un dénigrement de son identité en lui reconnaissant une égale valeur aux autres identités.

• *An Equal Recognition?*

Many theorists of recognition move from the identification of an expectancy for recognition to an ideal of equal recognition. This article's intent is to shed a doubt on whether equal recognition can be a pertinent normative ideal for all forms of recognition. Certain demands for recognition, such as those relating to esteem, express a wish to be recognized positively for the singular value of one's actions and identity, and not only that there be put an end to a denigration of one's identity by recognizing an equal value to all other identities.

• **Paul Cary et Claire-Sophie Roi** *L'assistance entre charité et soupçon. Sur la distribution alimentaire dans une petite ville du nord de la France*

Cet article repose sur l'observation de type socio-ethnographique du fonctionnement d'une association catholique de distribution de l'aide alimentaire dans une petite ville du nord de la France, aux indicateurs socio-économiques très dégradés. Après avoir décrit la façon dont une dizaine de bénévoles âgés continue à prendre en charge la distribution mensuelle d'une centaine de colis, nous montrons que le maintien de cette forme d'assistance s'explique par un contexte local dans lequel le contrôle social des pauvres va de pair avec un multi-positionnement des notables dans les nombreuses structures d'assistance. La confluence entre une conception de l'aide fondée sur la charité et un discours contemporain de défiance envers la dépendance produit des

formes de prise en charge particulièrement stigmatisantes et contraignantes pour les bénéficiaires.

- *Social Assistance between Charity and Suspicion. The Case of Food Distribution in a Small Town in Northern France*

This article stems from socio-ethnographic observation of food distribution by a Catholic association in a small town in the North of France with degraded socio-economic indicators. After having described how a dozen aged volunteers continues to take charge of about a hundred packages monthly, the article shows how the maintaining of this type of assistance can be explained by a local context in which the social control of the poor goes hand in hand with the multi-positioning of notables in the various structures of assistance. In the end, the confluence of a conception of aid founded on charity and a contemporary discourse of defiance towards dependency produces forms of assistance that are particularly stigmatising and constraining for the beneficiaries.

- *Emmanuel Petit L'économie du comportement et la théorie du care : les enjeux d'une filiation*

Les travaux récents associés à l'économie expérimentale et comportementale remettent en cause les hypothèses de l'analyse économique standard (rationalité pure, égoïsme des individus). À un objectif initial de réaménagement du paradigme dominant – permettant de rendre compte des comportements observés en laboratoire tout en préservant un cadre formel rationnel – se substitue une nécessaire refondation fondée sur des hypothèses de comportement plus réalistes. Après le détour walrasso-parétien, un retour à la conception de l'Économie politique soutenue par les auteurs classiques est donc envisageable. Dans cet article, nous montrons que la théorie philosophique du *care*, construite par opposition à la rationalité pure, fournit un guide à partir duquel les économistes peuvent construire une nouvelle économie du comportement sensible, personnelle et paternaliste. Nous montrons en particulier (1) comment les travaux récents en économie expérimentale et comportementale introduisent de façon novatrice les affects, la diversité de la représentation de l'individu et le rôle de l'intervention publique et (2) comment ces modifications appellent à une refonte du paradigme standard au-delà de ce que requiert la rationalité instrumentale.

- *Behavioural Economics and Care Theory. Ensuing Issues Beyond Rationality*

Several studies in experimental and behavioural economics have pointed out the limitations of the standard economic analysis' main hypotheses (pure

rationality, selfishness). More than a simple amendment of the standard model, considering such research argues in favour of a new paradigm founded on more realistic models of behaviour. In this article, we argue that the contemporary philosophical theory of Care, which has been built in opposition to pure rationality, provides a useful framework from which economists can build a new personal and sensitive model of behaviour for economics. This article shows (1) how recent work on experimental and behavioural economics introduce the specific role of affects, identity and public intervention, and (2) how these modifications imply a complete revision of the standard paradigm beyond the model instrumental rationality.

• ***Florence Jany-Catrice et Dominique Méda Les nouvelles mesures des performances économiques et du progrès social. Le risque de l'économicisme***

Les indicateurs traditionnellement utilisés pour représenter la richesse et le progrès sont incapables de rendre visibles les risques auxquels nos sociétés sont désormais confrontées. Les limites du PIB ont certes été reconnues par la Commission sur la mesure des performances économiques et le progrès social en 2009. Mais cette reconnaissance officielle s'est accompagnée d'un regain d'intérêt pour la monétarisation du social et du vivant et pour les indicateurs subjectifs. Ce virage s'est opéré au détriment d'une approche plus « holistique » et plus démocratique, promue par les premiers porteurs de la cause des « nouveaux indicateurs de richesse », dont les auteurs font partie. L'article s'intéresse dans un premier moment aux risques de la monétarisation, avant d'analyser la multiplication du recours aux enquêtes subjectives puis de revenir sur les expériences démocratiques alternatives qui apparaissent un peu partout dans le monde et peuvent sans doute être source de transformations.

• ***The New Measures of Economic Performance and Social Progress. The Risks of Economicism***

The indicators most commonly used to represent wealth and progress are at a loss when it comes to showing the risks our societies are facing nowadays. While the limits of GDP were recognized by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress in 2009, there has been a regain of interest for the monetization of the social and the living as well as for subjective indicators. This to the detriment of a more holistic and democratic approach promoted by the defenders of the 'new wealth indicators', among which the present authors. This article first examines the risks of monetarisation and critically analyses the multiplication of the recourse to subjective enquiries, before turning to alternative democratic experiences occurring around the world which could be potential sources for transformation.

• **Michel Terestchenko** *La littérature et le bien II. Le prince Mychkine, l'homme parfaitement beau*

L'Idiot (1868-1869) est sans doute le plus énigmatique et peut-être le plus pessimiste des romans de Dostoïevski. Quelle est la nature de la compassion qui anime le Prince Mychkine dont Dostoïevski voulait faire l'incarnation de l'homme « positivement beau » ? Quelle est cette pitié qu'il éprouve pour les êtres, quels qu'ils soient, et qui n'est pourtant pas de l'amour ? Indifférent à toute espèce d'image de soi, dénué du moindre amour-propre, incapable de se mouvoir en société avec la saine intelligence de ses intérêts, mais doté d'une intelligence des cœurs presque insupportable, le prince Mychkine débarque de nulle part comme un accélérateur de catastrophes. De fait, nul n'est sauvé par sa bonté, ni lui-même ni les autres, et le monde gouverné par les passions implacables de l'argent, du pouvoir et des conquêtes sexuelles retournera bientôt à sa routine nous laissant avec bien des questions en suspens.

• *Literature and the Good II. Prince Mychkine, the man of perfect beauty*

The Idiot (1868-1869) is the most enigmatic and pessimistic of Dostoïevski's novels. What is the nature of Prince Mychkine's compassion, whom Dostoïevski cast as the incarnation of 'positive beauty'? What is this sort of pity that he feels for beings, whoever they may be, and which is not in itself love? Indifferent to self-image, devoid of self-esteem, unable to live in society guided by healthy self-interest, yet endowed with an almost unbearable emotional intelligence, prince Mychkine arrives as if out of from nowhere and acts a catastrophe accelerator. In the end, no one is saved by his goodness, neither himself nor the others, and a world governed by the merciless passions of money, power and sexual conquests hastily returns to its routine, leaving us many unanswered questions.

Les auteurs de ce numéro

- MARK ANSPACH, anthropologue, ancien chercheur au CREA de l'École polytechnique.
- PHILIPPE BATIFOULIER, EconomiX, UMR CNRS 7235, université Paris-Ouest-Nanterre-La Défense.
- NICOLAS BELORGEY, sociologue, chargé de recherche au CNRS SAGE (UMR 7363).
- LAURENT DE BRIEY, professeur de philosophie, département de sciences sociales et politiques de l'Université de Namur. Membre associé de la Chaire Hoover d'éthique économique et sociale de l'Université catholique de Louvain.
- DOMINIQUE BOURGEON, sociologue, coordonnateur des Instituts de formation, CHU de Poitiers.
- ALAIN CAILLÉ, professeur émérite de sociologie, SOPHIAPOL, université Paris-Ouest-Nanterre-La Défense.
- PAUL CARY, maître de conférences en sociologie, chercheur au Ceris, université Lille-3.
- PHILIPPE CHANIAL, maître de conférences en sociologie à Paris-Dauphine et membre de l'IRISSO.
- NICOLAS DA SILVA, EconomiX, UMR 7235, université Paris-Ouest-Nanterre-La Défense.
- JEAN-PAUL DOMIN, RegardS EA 6292, université de Reims Champagne-Ardennes.
- JEAN-PAUL DUMOND, maître de conférences, université Paris-Est, Institut de recherche en gestion.
- JEAN-PIERRE DUPUY, philosophe, professeur à l'Université Stanford, Californie.
- GÉRALD GAGLIO, maître de conférences, université de technologie de Troyes ICD/Tech-CICO UMR CNRS 6279.
- ANDRÉ GRIMALDI, professeur émérite d'endocrinologie, service de diabétologie, CHU Pitié-Salpêtrière.

NATHALIE HEINICH, CNRS, CRAL (EHESS).

ANDRÉ HELMAN, médecin, consultant-formateur, psychopraticien relationnel.

FLORENCE JANY-CATRICE, économiste, professeur à l'université Lille-1 et membre du Clersé.

CHRISTIAN LÉONARD, directeur général adjoint KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé, (Belgique). Professeur invité Université catholique de Louvain (UCL), maître de conférence Université de Namur (FUNDP) et professeur Haute École Louvain en Hainaut (HELHa).

HERVÉ MARCHAL, maître de conférences HDR en sociologie et membre du Laboratoire lorrain de sciences sociales (2L2S), université de Lorraine.

DOMINIQUE MÉDA, professeure de sociologie, université Paris-Dauphine.

MARIKA MOISSEFF, chercheur CNRS, Laboratoire d'anthropologie sociale.

EMMANUEL PETIT, professeur de sciences économiques, membre du GREThA, UMR CNRS 5113, université de Bordeaux.

CLAIRE-SOPHIE ROI, étudiante en master de sociologie et de développement social, université Lille-3.

MICHEL TERESTCHENKO, maître de conférences en philosophie, université de Reims.

• Vous pouvez **acheter la version numérique (PDF) du présent numéro** au prix de 15 € en cliquant sur le lien ci-dessous.

**RdM41 version numérique
Acheter maintenant**

• Vous pouvez également **vous abonner à la revue** (qui vous parviendra alors sous deux formes : papier et numérique).
Pour ce faire, utilisez le bulletin d'abonnement en page suivante

La Revue du MAUSS semestrielle est devenue, depuis le n° 29 de juin 2007 (1^{er} semestre), une revue numérique dont est tirée une version papier (le présent volume), les articles signalés dans la Présentation par un @ sont uniquement disponibles dans la version numérique.

La version intégrale numérique est consultable en ligne (accès conditionnel) sur le portail de revues de sciences humaines CAIRN (www.cairn.info), et téléchargeable sur le site de la revue (www.revuedumauss.com) où un mode de règlement en ligne a été mis en place à travers le système Paypal.

Les articles peuvent être téléchargés séparément, mais seulement sur le portail CAIRN.

En revanche, bien sûr, tous les abonnés (individuels ou institutionnels) ont accès à la version intégrale numérique de la revue et reçoivent la version papier par courrier (voir conditions d'abonnement ci-contre).

→ Les lecteurs du présent numéro qui souhaitent s'abonner à la revue recevront par courriel la version numérique (au format PDF™) de ce même numéro à condition d'utiliser *l'original* du formulaire d'abonnement ci-contre.

Pour toute demande d'information complémentaire, outre les sites indiqués, vous pouvez nous adresser un courriel à : Mauss1981gestion@aol.com

FORMULAIRE D'ABONNEMENT

à retourner **accompagné de votre règlement à l'ordre de MAUSS**
à *La Revue du MAUSS*, 3, avenue du Maine — 75015 Paris
Tél. : 01 42 84 17 03 / 15 50 — Fax : 01 42 84 24 17
courriel : Mauss1981gestion@aol.com

Nom et prénom (ou cachet de l'institution)

Adresse
.....
.....

Adresse e-mail
Téléphone

S'abonne pour 2 livraisons annuelles (à partir du numéro.....)
Au tarif suivant (TTC et frais d'expédition compris)
(entourer le tarif retenu)

	France	Europe, Afrique	Amérique, Asie, Océanie
Particuliers 1 an	45 €	50 €	60 €
Particuliers 2 ans	80 €	90 €	105 €
Institutions 1 an	55 €	60 €	68 €
Institutions 2 ans	100 €	108 €	127 €

L'abonnement annuel comprend :

- l'accès à la revue numérique intégrale pour chaque numéro ;
- l'expédition de la version papier à l'adresse indiquée ci-dessus ;
- pour les abonnés individuels uniquement, un accès aux trois dernières années de parution de la revue à travers le portail de revues de sciences humaines CAIRN (www.cairn.info).

Fait à le
(signature)

« LA BIBLIOTHÈQUE DU MAUSS »

- BEVORT Antoine et LALLEMENT Michel (sous la dir. de), 2006, *Le Capital social*.
- BOILLEAU Jean-Luc, 1995, *Conflit et lien social. La rivalité contre la domination*.
- CAILLÉ Alain, [1994] 2005, *Don, intérêt et désintéressement*. Bourdieu, Mauss, Platon et quelques autres (nouvelle édition).
- 2005, *(Dé)penser l'économique*.
- (sous la dir. de) 2007, *La Quête de reconnaissance*.
- 2009, *Théorie anti-utilitariste de l'action. Fragments d'une sociologie générale*.
- CEFAL Daniel (textes réunis, présentés et commentés par), 2003, *L'Enquête de terrain*.
- 2007, *Pourquoi se mobilise-t-on ? Les théories de l'action collective*.
- 2011, (avec Édouard Gardella) *L'Urgence sociale en action. Ethnographie du Samusocial de Paris*.
- CHANIAL Philippe, 2001, *Justice, don et association*.
- (sous la dir. de) 2008, *La Société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*.
- 2011, *La sociologie comme philosophie politique et réciproquement*.
- CORCUFF Philippe, 2012, *Où est passée la critique sociale ? Penser le global au croisement des savoirs*
- DEWITTE JACQUES, 2010, *La manifestation de soi. Éléments d'une critique philosophique de l'utilitarisme*.
- DOUGLAS Mary, 1999, *Comment pensent les institutions*, suivi de *Il n'y a pas de don gratuit*, et de *La Connaissance de soi*.
- DUCLOS Denis, 2002, *Société-monde. Le temps des ruptures*.
- DZIMIRA Sylvain, 2007, *Marcel Mauss, savant et politique*.
- FEENBERG Andrew, 2004, *(Re-)penser la technique*.
- FISTETTI Francesco, 2009, *Théories du multiculturalisme*.
- FREITAG Michel, 1996, *Le Naufrage de l'Université et autres essais d'épistémologie politique*.
- GEFFROY Laurent, 2002, *Garantir le revenu*.
- GODBOUT J.T., 2000, *Le Don, la Dette et l'Identité*.
- GUÉRIN Isabelle, 2003, *Femmes et économie solidaire*.
- HAMAYON Roberte, 2012, *Jouer. Une étude anthropologique*.
- HOCART Arthur Maurice, 2005, *Au commencement était le rite. De l'origine des sociétés humaines*.
- JORION Paul, 2007, *Vers la crise du capitalisme américain*.

- KALBERG Stephen, 2002, *La Sociologie historique comparative de Max Weber*.
— 2010, *Les valeurs, les idées et les intérêts. Introduction à la sociologie de Max Weber*.
- LACLAU Ernesto, 2000, *La Guerre des identités. Grammaire de l'émancipation*.
- LATOUCHE Serge, [1996] 2004, *La Mégamachine. Raison technoscientifique, raison économique et mythe du progrès* (nouvelle édition).
- LATOUCHE S., LAURENT P.-J., SERVAIS O., SINGLETON M., 2004, *Les Raisons de la ruse*.
- LAVAL Christian, 2002, *L'Ambition sociologique. Saint-Simon, Comte, Tocqueville, Marx, Durkheim, Weber*.
- LAVILLE Jean-Louis, CAILLÉ Alain, CHANIAL Philippe, DACHEUX Éric, EME Bernard, LATOUCHE Serge, 2001, *Association, démocratie et société civile*.
- LAVILLE J.-L., NYSSSENS M. (sous la dir. de), 2001, *Les Services sociaux entre associations, État et marché*.
- MOUFFE Chantal, 1994, *Le Politique et ses enjeux. Pour une démocratie plurielle*.
- NICOLAS Guy, 1995, *Du don rituel au sacrifice suprême*.
- NODIER Luc Marie, 1995, *L'Anatomie du Bien. Explication et commentaire des principales idées de Platon concernant le plaisir et la souffrance, la bonne façon de vivre et la vie en général*.
- PORCHER Jocelyne, 2011, *Vivre avec les animaux, une utopie pour le XXI^e siècle*.
- ROSPABÉ Philippe, 1995, *La Dette de vie. Aux origines de la monnaie*.
- TAROT Camille, 1999, *De Durkheim à Mauss, l'invention du symbolique. Sociologie et sciences des religions*.
— 2008, *Le Symbolique et le sacré. Théories de la religion*.
- TERESTCHENKO Michel, 2005, *Un si fragile vernis d'humanité. Banalité du mal, banalité du bien*.
- VANDENBERGHE Frédéric, *Une Histoire critique de la sociologie allemande. Aliénation et réification*.
— t.-I, 1997, *Marx, Simmel, Weber, Lukacs*.
— t.-II, 1998, *Horkheimer, Adorno, Marcuse, Habermas*.
- VATIN François, 2005, *Trois essais sur la genèse de la pensée sociologique. Politique, épistémologie et cosmologie*.

*Retrouvez les sommaires détaillés des précédents numéros
et la présentation des autres ouvrages publiés par le M.A.U.S.S. sur*

www.revuedumauss.com

(voir aussi, pour un bouquet de revues de SHS, www.cairn.info)

vous pouvez désormais échanger, discuter avec les animateurs
du MAUSS et découvrir de nombreuses ressources en ligne sur
le site de La Revue du MAUSS permanente :

www.journaldumauss.net

Composition & version numérique :

L'Ingénierie éditoriale



2, allée de la Planquette • 76840 Hérouville

Achevé d'imprimer sur les
presses de l'imprimerie CPI
Bussière à Saint-Amand-
Montrond (Cher) en avril
2013. Dépôt légal mai 2013.

Imprimé en France