

Harsanyi, Sen ou Bentham

Qui suivre pour évaluer le bien-être en santé ?

Philippe Tessier*

ERSSCa (Equipe de Recherches en Sciences Humaines et Sociales appliquées à la Cancérologie) et Institut d'Économie et de Management de NANTES - IAE

Université de Nantes

Cet article discute du choix d'une théorie du bien-être individuel pour évaluer les états sociaux en santé. Les économistes de la santé débattent des fondements normatifs de l'évaluation économique en opposant le welfarisme, qui définit le bien-être social à partir des seules fonctions d'utilité, à l'extra-welfarisme, qui s'inspire de la théorie des capacités de Sen [1985]. L'article participe au débat en étudiant l'aptitude des théories du bien-être individuel à saisir la valeur de l'autonomie, défendue par l'éthique médicale, et à gérer les effets d'adaptation, accusés par Sen de distordre l'utilité. Il montre que ni les théories subjectives, identifiant le bien-être aux préférences ou au bonheur, ni les mesures extra-welfaristes actuelles, n'intègrent ces deux éléments de manière satisfaisante. Il défend alors l'emploi en santé d'une notion extra-hédoniste du bien-être associant la théorie des capacités aux mesures de l'utilité développées par l'économie du bonheur.

This article discusses the choice of a theory of individual wellbeing to serve as a basis for the evaluation of social welfare in health. Health economists distinguish two approaches of the normative foundations of economic evaluation: a welfarist view, which defines social welfare as a function of individual utilities, and an extra-welfarist view grounded on Sen's capability approach. This article studies the ability of theories of individual wellbeing to capture the value of autonomy, a central value of medical ethics, and to deal with adaptation which, according to Sen, distorts utility measures. It shows that neither subjective theories, whether they assimilate utility with preferences or happiness, nor actual extra-welfarist accounts of wellbeing accommodate these two elements in a satisfactory way. It thus defends an extra-hedonist account of wellbeing in health defined as a combination of Sen's capability framework and utility measures as used in happiness economics.

Classification JEL : I10, I31, D61

* Maison des Sciences de l'Homme Ange Guépin - 21 bd Gaston-Doumergue BP 76 235, 44262 Nantes cedex 2. mail : philippe.tessier@univ-nantes.fr

La croissance continue des dépenses de santé que connaissent la plupart des pays industrialisés souligne l'intérêt de l'évaluation économique. L'évaluation économique se donne en effet pour objectif de parvenir à une utilisation efficiente des ressources en confrontant les coûts et les résultats de leurs divers emplois possibles (Drummond et al. [1998]). Elle suit une démarche individualiste qui consiste à apprécier la valeur sociale d'une action d'après ses effets sur le bien-être des membres de la société. Mais les économistes de la santé ne s'accordent pas sur la définition du bien-être individuel à employer dans ce contexte. C'est pourquoi ils développent deux approches concurrentes des fondements normatifs de l'évaluation économique des programmes de santé (Hurley [2000], Birch et Donaldson [2003]).

L'une se réclame de l'économie du bien-être et du principe de welfarisme qui définit le bien-être social exclusivement à partir des fonctions d'utilité¹ (Gafni et Birch [1995]). Elle assimile donc, conformément à la tradition dominante en économie normative, le bien-être individuel à la satisfaction des préférences. Harsanyi [1982] défend cette position préférenciste au motif qu'elle respecte l'autonomie des préférences en vertu de laquelle les personnes décident elles-mêmes de ce qui est bon pour elles². Cette position est néanmoins critiquée, en particulier par Sen [1985, 1999], en raison de la possibilité d'adaptation. Sen estime que l'adaptation, qui implique qu'une personne en situation de complet dénuement peut s'estimer satisfaite de son sort, distord les mesures de l'utilité. Les conséquences de ces distorsions peuvent être évitées en suivant une approche extra-welfariste de l'évaluation. Se référant à la théorie des capacités de Sen, cette approche propose d'évaluer les états sociaux sur la base d'autres informations que l'utilité individuelle (Culyer [1989, 2006])³. Plus précisément, elle identifie le bien-être à une mesure objective de la santé, estimant que la santé est un meilleur indicateur des besoins de soins que ne l'est l'utilité (Culyer [1990]).

Cet article participe au débat autour du choix d'une base informationnelle pertinente pour l'évaluation économique des programmes de santé. Dans ce but, il s'interroge sur l'aptitude des théories du bien-être à intégrer la valeur de l'autonomie individuelle et à solutionner les problèmes moraux soulevés par le phénomène d'adaptation. Ces critères d'appréciation sont retenus en raison de l'importance qu'ils revêtent dans le domaine de la santé. L'évolution récente de l'éthique médicale défend en effet la valeur de l'autonomie des personnes à travers l'affirmation par la Loi du principe de consentement informé (Rameix [2004]). L'étude des comportements d'adaptation à la santé et de leurs conséquences, notamment en matière d'allocation des ressources, reçoit quant à elle une attention grandissante (Schwartz et Sprangers [2000], Menzel et al. [2002], Rapkin et Schwartz [2004]). Cette question revêt d'autant plus d'intérêt que l'adaptation peut être définie comme la résultante d'une perte d'autonomie individuelle (Elster [1982]). C'est pourquoi cet article cherche à établir une base informationnelle, ou en d'autres termes une théorie du bien-être individuel, qui puisse concilier la prise en compte de la valeur de l'autonomie avec une gestion satisfaisante des effets de l'adaptation. La thèse défendue est que cela nécessite d'opter pour une définition

1. Cette définition du welfarisme, qui figure parmi les principes fondamentaux de l'économie du bien-être, est proposée initialement par Sen [1979]. Dans le domaine de la santé, le qualificatif welfariste est parfois utilisé dans un autre sens, pour désigner une approche compatible avec la théorie du bien-être. Dans la suite du texte, nous utilisons ce terme dans le sens que lui donne Sen.

2. Le néologisme « préférenciste » est emprunté à Broome [1999]. L'identité entre le bien-être individuel et les préférences est aussi désignée sous le terme d'individualisme (Deaton et Muellbauer [1980]).

3. Bien qu'il ne parle pas explicitement d'adaptation, Culyer [1989] y fait référence en empruntant l'exemple proposé par Sen d'une personne handicapée qui possède une forte utilité du revenu pour défendre l'idée que cette personne peut avoir des besoins qui sont indépendants de son utilité marginale.

« extra-hédoniste » du bien-être qui se démarque de celles sur lesquelles s'appuient les approches welfariste et extra-welfariste de l'évaluation économique en santé.

L'article suit le plan suivant. Il commence par présenter les principales théories du bien-être en économie et en économie de la santé. Il montre que la doctrine préférenciste doit aujourd'hui faire face à la concurrence de l'approche des capacités de Sen et d'une interprétation hédoniste de l'utilité dont la résurgence se manifeste au travers du courant dit de l'économie du bonheur¹. Il discute ensuite de l'aptitude de ces trois théories respectivement à intégrer la valeur de l'autonomie et à gérer les effets de l'adaptation. En dépit de son caractère paternaliste, l'approche par les capacités permet de donner une place importante à la contribution de l'autonomie au bien-être. Elle fournit, de ce point de vue, de réels apports comparée aux théories du bien-être fondées sur l'utilité, que celle-ci soit interprétée comme une représentation des préférences ou comme une mesure du bonheur. L'article critique cependant l'emploi de l'approche par les capacités, entendue comme une théorie objective du bien, pour répondre aux problèmes de distorsions de l'utilité posés par l'adaptation. Alternativement, il défend une interprétation extra-hédoniste du bien-être mêlant le cadre d'analyse proposé par Sen aux concepts développés par l'économie du bonheur. La conclusion résume notre analyse et en tire les implications en matière de méthodologie de l'évaluation économique appliquée au domaine de la santé.

LE BIEN-ETRE INDIVIDUEL EN ECONOMIE

Les théories modernes du bien-être individuel visent à répondre à la question « qu'est-ce qu'une bonne vie ? », cette question étant entendue non pas dans un sens moral, esthétique ou perfectionniste, mais pour l'individu lui-même (Arneson [1999]). Depuis la « révolution ordinaliste » des années 1930, l'économie normative identifie le bien-être individuel à l'utilité définie en tant que représentation mathématique de l'ordre des préférences, sans relation avec les plaisirs et les peines². Harsanyi [1982, 1997] estime toutefois que ce sont les préférences d'une personne rationnelle possédant une information parfaite et non pas ses préférences actuelles qui devraient être employées pour évaluer le bien-être social. L'attrait exercé par cette conception du bien-être semble provenir de ce qu'elle respecte la souveraineté des personnes dans l'expression de ce qui est bon pour elles (Harsanyi [1982], Lockwood [1988]). Elle est pourtant concurrencée par deux courants de recherche qui se développent à la fin du vingtième siècle.

Depuis le milieu des années 1990, certains économistes manifestent un regain d'intérêt pour une conception hédoniste de l'utilité, dans la tradition de Bentham (Graham [2005], van Praag [2007]). Ce mouvement accompagne le développement de l'économie comportementale (*behavioral economics*) qui s'inspire des résultats et des méthodes de la psychologie pour accroître la portée descriptive des modèles économiques (Camerer et Loewenstein [2002]). Il se manifeste au travers des travaux de la psychologie hédoniste (Kahneman et al. [2000]) et des recherches sur les déterminants du bien-être subjectif (Clark et Oswald [1994], Easterlin [1995], Frey et Stutzer [2000], Blanchflower et Oswald [2004]).

1. Selon les auteurs, la théorie de Sen est désignée en français sous l'appellation de théories des capacités ou théories des capacités pour traduire le terme anglais « capability ». Dans le texte, nous utilisons le terme capacité. L'appellation « économie du bonheur » est quant à elle désormais consacrée comme en témoigne l'entrée dans le *New Palgrave Dictionary of Economics* de l'article de Graham [2005] intitulé « The Economics of Happiness ».

2. Pour une présentation récente de l'histoire du concept d'utilité dans les sciences économiques se reporter à l'article d'Abdellaoui et al. [2007].

Bien que ces recherches recourent à des méthodes et à des mesures diverses, elles partagent au moins deux idées fondamentales¹. Tout d'abord, elles supposent que les expériences hédonistes peuvent être évaluées empiriquement, éventuellement sur une échelle cardinale² (Kahneman et al. [1997], Frey et Stutzer [2002], Abdellaoui et al. [2005], van Praag [2007]). Ensuite, elles défendent l'importance normative des mesures de l'utilité *expérimentée*, expression employée par Kahneman et al. [1997] pour désigner l'utilité en tant que représentation de l'expérience hédoniste ressentie, par opposition à l'utilité de décision issue de l'observation des préférences. Les positions sont néanmoins partagées entre ceux qui proposent l'utilité expérimentée comme critère ultime pour évaluer les états sociaux (Ng [1999, 2003, 2007], Layard [2006]) et ceux qui lui reconnaissent une importance primordiale mais non exclusive (par exemple Kahneman et Sugden [2005]). Ng [2003] défend la théorie du bien-être comme utilité expérimentée estimant que le bonheur est le seul aspect de la vie qui soit recherché pour lui-même.

Sur un plan normatif, l'emploi de l'utilité expérimentée reste inscrit dans le cadre d'une approche welfariste du bien-être social³. La théorie des capacités, proposée au début des années 1980 par Sen [1980, 1985], suggère un changement plus radical en s'attaquant au welfarisme. Plus précisément, Sen rejette l'identification du bien-être à l'utilité individuelle, qu'il s'agisse de l'utilité de décision ou de l'utilité expérimentée⁴. La principale raison qu'il invoque est la possibilité de comportements d'adaptation psychologique qui distordent les mesures de l'utilité :

« L'attention exclusive portée aux caractéristiques mentales (telles que le plaisir, le bonheur ou les désirs) risque d'être très restrictive dès qu'on cherche à établir des comparaisons interpersonnelles concernant le bien-être ou les privations. Nos désirs et nos capacités d'éprouver du plaisir s'ajustent selon les circonstances, en particulier lorsqu'il s'agit de nous rendre la vie supportable dans des situations difficiles. Le calcul de l'utilité est très injuste pour les personnes dont les conditions d'existence sont pénibles [...]. » (Sen [1999], p. 89-90).

Pour pallier les défauts des théories des états mentaux, auxquelles appartiennent le préférencisme et l'hédonisme, Sen propose de définir le bien-être individuel à partir des concepts de capacités et de fonctionnements (Sen [1980, 1985, 1993, 1999]). Le concept de fonctionnement décrit « les différentes choses qu'une personne peut aspirer à faire ou à être »

1. L'une des principales différences entre ces deux courants provient de la mesure du bien-être subjectif qu'ils privilégient. Kahneman se prononce pour l'utilisation d'une mesure « objective » du bonheur qui correspond à l'intégrale temporelle de mesures de l'utilité « instantanée », c'est-à-dire de l'utilité expérimentée à différents moments (Kahneman [1999]). Les auteurs qui travaillent sur les déterminants du bien-être subjectif utilisent en général des mesures tirées d'enquêtes qui recourent à une question du type « globalement, à quel point êtes-vous satisfait de votre vie ? », dont la réponse est située sur une échelle à degrés (Stutzer et Frey [2003]). Par souci de simplicité, dans le texte bonheur et satisfaction sont considérés comme synonymes bien que cette identification soit sujette à caution.

2. Tous les auteurs de ce courant ne vont pas jusqu'à prétendre que le bonheur ou la satisfaction peuvent être mesurés cardinalement. Cette hypothèse n'est d'ailleurs pas nécessaire pour étudier les déterminants du bonheur, mais elle le devient pour les travaux d'aide à la prise de décision collective (Stutzer et Frey [2003]).

3. Pour être plus précis, la distinction entre les théories de l'utilité comme bien-être, à savoir le préférencisme et l'hédonisme, et la théorie des capacités peut être faite en notant que les premières sont des théories des états mentaux, i.e. dépendante des évaluations subjectives individuelles, tandis que la dernière est une théorie des listes objectives selon la terminologie employée par les philosophes.

4. Dans ses critiques du welfarisme Sen emploie alternativement l'utilité dans les deux sens d'utilité de décision et d'utilité expérimentée.

[Sen, 1999, p. 105]. Il peut s'agir par exemple « d'être en bonne santé », « d'être suffisamment nourri », « de travailler » ou encore « de participer à la vie collective ». Un fonctionnement est donc un élément de l'état d'une personne. Ses capacités désignent quant à elles les différents ensembles de fonctionnements auxquels elle a accès, c'est-à-dire non seulement ceux qu'elle réalise mais aussi ceux parmi lesquels elle peut choisir entre plusieurs modes de vie¹ (Sen [1985]). Par exemple, une personne peut disposer de la liberté de pratiquer une religion (sa capacité) mais faire le choix délibéré d'être athée (son fonctionnement). Sen recommande alors d'évaluer le bien-être en termes des capacités, soit en termes de vecteurs de fonctionnements qu'une personne peut atteindre, les capacités représentant la liberté non formelle à choisir ce que l'on a raison de souhaiter (Sen [1993, 1999]). Comparée aux théories préférenciste et hédoniste, l'approche des capacités propose ainsi au moins deux innovations. L'une est qu'avec les fonctionnements, elle étend la définition du bien-être individuel à d'autres informations que l'utilité. L'autre est qu'elle introduit la contribution intrinsèque d'une certaine forme de liberté au bien-être. En évaluant le bien-être en termes de capacités, elle met en effet l'accent sur les opportunités de choix plutôt que sur les seules réalisations. Cette approche par les capacités constitue aujourd'hui la principale alternative au welfarisme dans les travaux économiques normatifs² (Clark [2005]).

Les trois théories du bien-être qui viennent d'être brièvement décrites peuvent servir de base informationnelle pour évaluer l'impact social des programmes de santé. Le débat qui anime l'économie de la santé n'oppose cependant que deux d'entre elles. L'approche welfariste de l'évaluation en santé associe le bien-être à la satisfaction des préférences (Birch et Donaldson [2003]). L'approche extra-welfariste opère quant à elle une lecture spécifique de la théorie des capacités. Les extra-welfaristes emploient généralement une mesure objective de la santé comme indicateur du bien-être individuel (Wagstaff [1991]). Cette approche peut être rattachée à la théorie des capacités en ce sens qu'elle n'assimile pas le bien-être individuel aux états mentaux des personnes. Elle s'apparente cependant à une interprétation étroite de cette théorie d'une part, parce qu'elle se limite aux seuls fonctionnements concernant la santé et, d'autre part, parce qu'elle s'intéresse aux fonctionnements atteints mais pas aux capacités. Les analyses et les arguments développés dans les sections suivantes plaident en faveur de l'élargissement du débat en santé en soulignant les apports, dans le contexte qui nous préoccupe, des concepts d'utilité expérimentée et de capacité.

LA PRISE EN COMPTE DE LA VALEUR DE L'AUTONOMIE

Durant la seconde moitié du vingtième siècle, l'éthique médicale est progressivement passée d'un modèle fondé sur le paternalisme bienfaisant du médecin à l'égard de son patient à un modèle centré sur l'autonomie des personnes (Nelson-Marten et Rich [1999], Rameix [2004]). En France, l'évolution législative récente consacre, à travers la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la règle du consentement libre et éclairé en vertu de laquelle les choix thérapeutiques se font avec l'accord du patient informé. Le Code de la santé publique, dans son article L 1111-4, stipule ainsi que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des

1. La terminologie dans la théorie de Sen prête parfois à confusion en raison des différents sens qui sont accordés à la notion de capacités selon les auteurs (voir Clark [2006]).

2. La théorie de Sen possède un rayonnement qui dépasse le seul champ de l'économie puisqu'elle suscite de nombreux travaux de la part des philosophes. Elle a en particulier été développée par la philosophe Martha Nussbaum qui, contrairement à Sen, propose une liste de fonctionnements définissant une bonne vie (Nussbaum [2003]). Pour une présentation des différences entre les approches de Sen et de Nussbaum, voir Robeyns [2005].

préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix [...] »¹. Or ainsi que le souligne Darwall [2006, p. 266], « there is an obvious sense in which personal autonomy gives a kind of priority to the agent's own preferences. ». Il peut donc être tentant de voir dans cette évolution de l'éthique médicale, l'adhésion à une définition préférenciste du bien-être².

L'interprétation qui prédomine dans la littérature relative à l'éthique médicale est que la règle du consentement éclairé découle de la volonté de protéger l'autonomie des personnes (Rameix [2004]). L'autonomie, dans le sens moderne qui lui est donné en santé, désigne la possibilité d'autodétermination, c'est-à-dire la capacité d'une personne à posséder des désirs, des préférences qui lui sont propres et à prendre des décisions sur la base de ses désirs ou de ses préférences, sans interférence extérieure (Varelius [2003], Sandman [2004]). La protection de l'autonomie dans la relation médicale est souvent justifiée sur la base d'une approche morale déontologique qui apprécie la justesse d'une action d'après le respect de certains droits³. Ainsi selon Rameix [2004, p. 48], dans le modèle autonome de l'éthique médicale, « le principe moral premier n'est pas de faire le bien du patient mais de respecter sa liberté, sa dignité d'être qui prend lui-même les décisions qui le concernent »⁴. Si le respect de l'autonomie est conçu comme un droit, la recherche du consentement informé des patients ne préjuge en rien de leur capacité à préférer ce qui est bon pour eux. En revanche, dans la perspective conséquentialiste de l'économie normative, qui juge la valeur d'une action d'après ses résultats, la volonté de protéger l'autonomie des personnes peut être traduite en considérant celle-ci comme un des éléments qui contribuent au bien-être. C'est la position que défend Brock [1993, p. 109] par exemple :

« If personal self-determination is a fundamental value – fundamental in that it is what is involved in respecting persons – however, then I suggest that our broadest conception of a good life should be capable of encompassing it rather than setting it off as separate from and in potential conflict with a person's well-being or good, as in the conventional account of informed consent ».

La question qui se pose alors est de savoir quelle place une théorie du bien-être donne à l'autonomie individuelle dans la définition d'une bonne vie.

Valeur de l'Autonomie et notion d'utilité procédurale

La définition du bien-être comme utilité de décision respecte le principe d'autonomie des préférences selon lequel une personne décide elle-même de ce qui est bon ou mauvais pour

1. Par ailleurs, l'article 36 du code de déontologie médicale (article R.4127-36 du code de la santé publique) stipule que « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. ».

2. Ainsi selon Béry [2005, p. 264], par exemple : « On peut souligner, comme le propose Brock, que l'information du consentement vise, en tout cas, deux buts : promouvoir le bien-être du patient, et respecter son droit à l'autodétermination. On soutient alors que ces deux buts sont reliés au fait que le bien-être consiste, pour l'individu, à réaliser ses propres valeurs et ses préférences (Botros). »

3. En France, selon le Comité National Consultatif d'Éthique, la règle du consentement éclairé suppose de respecter le droit des personnes à choisir ce qui constitue leur propre bien-être (CCNE [1998]).

4. Rameix [2004] estime aussi que l'autonomie telle qu'elle est entendue en France ne se rapporte pas à la conception anglo-saxonne, également en vigueur dans les pays d'Europe du Nord, comme la liberté à posséder des préférences singulières. La conception française s'inspire de la notion Kantienne d'autonomie de la volonté. Elle désigne le pouvoir d'un individu à décider lui-même des lois morales qui le gouvernent. Par définition, l'autonomie de la volonté ne peut alors produire que des lois universelles, posées envers soi-même et envers les autres (Rameix [2004], Darwall [2006]).

elle. Cette doctrine préférenciste donne surtout une valeur instrumentale à la capacité d'autodétermination. Selon Harsanyi [1982, 1997], pour pouvoir servir à évaluer les états sociaux, les préférences ne doivent pas seulement être informées, elles doivent aussi être « authentiques ». Ce critère d'authenticité paraît requérir une certaine forme d'autonomie, entendue en tant que capacité d'une personne à posséder des désirs issus de sa propre volonté, puisque Harsanyi [1997, p. 134-135] cite les cas de maladie mentale et de comportements obsessionnels compulsifs comme exemples de préférences non authentiques¹. Posséder des préférences autonomes est dès lors une condition qui garantit la valeur morale de l'utilité de décision lors de la comparaison des états sociaux². Ce constat ne s'applique pas seulement à l'approche préférenciste du bien-être, il concerne aussi les théories fondées sur l'utilité expérimentée. Par exemple, Sumner [1996] propose une conception du « bonheur authentique » dans laquelle le bien-être est identifié à la satisfaction face à la vie à condition d'être informé et autonome³. Mais pour que le bien-être conçu en tant qu'état mental, qu'il s'agisse de l'utilité de décision ou de l'utilité expérimentée, puisse aussi refléter une valeur intrinsèque de l'autonomie, certaines précautions doivent être prises lors de la mesure de l'utilité individuelle.

Dans les travaux économiques, l'utilité de décision est généralement définie sur un espace de résultats décrivant l'état ou la situation des personnes. Le modèle des QALYs (*Quality-Adjusted Life-Years*) par exemple, l'un des principaux indicateurs de résultat employés pour l'évaluation économique des actions de santé, est conçu comme une fonction d'utilité définie sur des couples de qualité de vie et de longévité. Or le concept d'autonomie ne renvoie pas à un résultat mais plus précisément à la manière de parvenir à ce résultat (Sandman [2004]). Benz et Frey [2004] montrent que cet aspect est susceptible de contribuer directement au bien-être subjectif. Ces auteurs comparent la satisfaction au travail déclarée par des salariés et par des travailleurs indépendants dans 23 pays. Ils constatent que dans la plupart des cas, les seconds se montrent plus satisfaits que les premiers, après contrôle des variables de résultats telles que le niveau de salaire et le temps de travail. Ils en concluent que les travailleurs indépendants valorisent l'autonomie dont ils bénéficient, toutes choses égales par ailleurs. C'est pourquoi ils défendent l'introduction, dans les analyses économiques, d'une forme d'utilité procédurale représentant le bien-être associé au processus de décision lui-même. Ils estiment que cette notion est importante parce que les processus d'obtention des résultats sont susceptibles de contribuer à l'estime de soi en répondant plus ou moins favorablement aux besoins psychologiques d'autodétermination (Frey et al. [2004]).

Les économistes de la santé débattent depuis plusieurs années de la pertinence d'une forme procédurale d'utilité⁴ (Donaldson et Shackley [1997], Salkeld et al. [2004]). L'importance accordée à l'autonomie dans l'éthique médicale et sa possible contribution au bien-être

1. Harsanyi [1997, p. 133] parle aussi parfois de désirs autonomes.

2. C'est également une condition nécessaire pour que les préférences puissent être considérées comme révélant un comportement de maximisation du bien-être. Dans le cas contraire, si les préférences d'une personne lui sont dictées par un tiers (une influence extérieure) et que ces préférences sont compatibles avec la maximisation de son bien-être, cela signifie que ce tiers sait où se situe le bien-être des personnes et que, par conséquent, ces dernières ne sont pas nécessairement les mieux placées pour décider de ce qui est bon pour elles.

3. Sumner présente toutefois sa théorie comme située à mi-chemin entre les théories de la satisfaction des préférences et les théories hédonistes.

4. Cette discussion dépasse le seul cadre de la prise en compte de l'autonomie, l'utilité procédurale pouvant saisir d'autres aspects que le degré d'autodétermination individuel dans l'acquisition des résultats. Une des difficultés qui peut se faire jour dans la définition de l'utilité procédurale repose sur la distinction entre les résultats et les procédures, ce que certains auteurs classent parmi les procédures pouvant parfois être également conçu comme un résultat (Dolan [2001]).

subjectif fournissent des arguments normatifs et positifs allant dans ce sens. Si l'autonomie est génératrice de bien-être, ce n'est pas la pertinence du concept d'utilité procédurale qui doit être débattue. Au contraire, c'est la pratique qui consiste à comparer les états sociaux à partir de l'utilité définie sur les seuls résultats de santé qui doit être argumentée. En termes pratiques, la prise en compte de l'utilité procédurale ne pose pas nécessairement de difficultés. Elle requiert d'étendre le domaine sur lequel l'utilité est définie à d'autres aspects que les seuls résultats¹. Frey et Stutzer [2000] estiment toutefois que l'utilité expérimentée est un concept plus général que l'utilité de décision et qu'elle est plus indiquée pour capturer l'utilité procédurale. Pourtant la prise en compte de cette forme d'utilité paraît aussi possible en appliquant des techniques de révélation des préférences. Par exemple, les méthodes de l'évaluation contingente peuvent être employées pour révéler les dispositions à payer pour différents modes de soins décrits à la fois en termes de résultats obtenus et de processus suivis pour y parvenir (Donaldson et Shackley [1997]). Cette extension peut toutefois conduire à privilégier les mesures non structurées aux mesures structurées de l'utilité de décision, selon la distinction opérée par Broome [1996]. Les premières, telles que les mesures de disposition à payer, ne posent pas de restrictions *a priori* sur la composition des fonctions d'utilité. Les secondes, telles que les QALYs, construisent une fonction d'utilité comme une combinaison spécifique de mesures de l'utilité définie sur chacun de ses arguments². Incorporer l'utilité procédurale à une mesure structurée des préférences nécessiterait d'évaluer cette forme d'utilité de manière indépendante ce qui risque d'être particulièrement complexe.

En pratique, la distinction entre utilité de décision et utilité expérimentée paraît donc sans importance pour saisir la valeur intrinsèque de l'autonomie³. L'élément important concerne le domaine de définition des fonctions d'utilité. Sur un plan normatif, la théorie préférenciste possède pourtant un avantage sur la conception hédoniste du bien-être. Si l'évaluateur ne restreint pas le domaine de définition de l'utilité aux seuls résultats, l'utilité de décision peut rendre compte de la valeur intrinsèque de l'autonomie tout en respectant le principe d'autonomie des préférences cher à Harsanyi. A moins que l'utilité de décision et l'utilité expérimentée ne coïncident, une théorie hédoniste du bien-être ne respecte pas cette condition.

Autonomie procédurale et autonomie opportunité : l'apport des capacités

L'approche par les capacités entre dans la catégorie de ce que les philosophes nomment les théories des « listes objectives » désignant les conceptions du bien-être qui, au contraire des doctrines préférenciste et hédoniste, ne reposent pas sur les seuls états mentaux (Scanlon [1998]). Alternativement, ces théories posent *a priori* l'ensemble des critères qui contribuent au bien-être. Une possibilité pour introduire la valeur de l'autonomie dans ce cadre d'analyse consiste donc à la faire figurer parmi les fonctionnements valables. Elle fait partie des capacités de base proposées par Nussbaum [2003], sous l'expression « raison pratique » désignant la capacité à former sa propre conception du bien et à engager une réflexion sur le

1. Sur un plan analytique, l'extension du domaine de définition de l'utilité au-delà de l'espace des résultats s'avère plus compliqué (Benz [2005]).

2. Le Menestrel [2003] par exemple propose de distinguer une notion d'utilité conséquentialiste, définie sur l'espace des résultats, et une notion d'utilité procédurale, définie sur les actions, et de les associer dans une fonction d'utilité multiplicative de sorte que la forme procédurale d'utilité pondère la fonction d'utilité définie sur les résultats.

³ Darwall [2006] considère cependant que même ainsi l'autonomie ne conserve qu'une valeur instrumentale puisque la finalité reste l'utilité qu'elle procure.

déroulement de sa vie¹. Alkire [2005a, 2005b], dans la lignée de Sen, pense que l'autonomie ne doit pas être conçue comme une dimension du bien-être à part entière, mais qu'elle devrait plutôt être appréciée en référence aux différents fonctionnements. La justification donnée est que l'autonomie d'une personne peut varier en fonction du type de résultat considéré. Aussi Alkire [2005b] suggère-t-elle qu'une prise en compte minimale de l'autonomie pourrait être obtenue à l'aide de vecteurs de paires ordonnées (b_i, a_i) tels que b_i représente un fonctionnement valable atteint ou non et a_i le degré d'autonomie de la personne au regard de la réalisation (ou de l'absence) du fonctionnement b_i .² Elle propose de s'inspirer des mesures subjectives de l'autonomie perçue développées par les psychologues pour obtenir des estimations empiriques de l'index a_i (Alkire [2005a, 2005b]).

L'index proposé par Alkire joue un rôle proche de celui du concept d'utilité procédurale dans un contexte welfariste. Accorder de la valeur à l'autonomie ne nécessite donc pas nécessairement de souscrire à une vision subjective de la bonne vie même étendue à la prise en compte de l'utilité procédurale³. Mais le cadre de la théorie des capacités offre la possibilité de donner une plus grande place à l'autonomie que ne le permettent les théories subjectives du bien-être. Si l'autonomie revêt un aspect procédural, sa valeur semble aussi dépendre en partie de l'espace dans lequel elle peut s'exercer, c'est-à-dire de la liberté dont dispose une personne pour agir de manière autonome. Selon Sen [1993b, 1999], la notion de liberté comporte au moins deux éléments importants, difficilement dissociables l'un de l'autre : la liberté procédurale et la liberté d'opportunité. La liberté procédurale désigne ce que nous avons défini comme l'autonomie. La liberté d'opportunité se rapporte quant à elle à la possibilité pour une personne d'atteindre un résultat qu'elle a raison de souhaiter, *indépendamment du processus menant à ce résultat* (Sen [1993b]). Cette forme de liberté semble primordiale dans la détermination de la valeur de l'autonomie puisqu'elle désigne les possibilités réelles d'une personne de poursuivre sa propre conception de la « bonne vie ». Ainsi, entre deux personnes parfaitement autonomes au sens procédural, c'est-à-dire libres d'agir selon leur propre volonté, celle dont les opportunités de choix sont les plus grandes peut être considérée comme disposant d'une plus grande autonomie (ou d'une autonomie de plus grande valeur)⁴. Or la liberté d'opportunité peut se rapporter à la notion de capacité (Sen [1993a]). Les capacités représentent en effet les vecteurs de n -fonctionnements que les personnes valorisent et parmi lesquels elles peuvent choisir ce que sera leur vie (Sen [1985]). En mettant l'accent sur les opportunités de choix plutôt que sur les seules réalisations (les fonctionnements atteints), le concept de capacité donne ainsi une valeur intrinsèque à l'acte de choix (« *well-being freedom* » chez Sen [1993b]). A ce titre, la théorie des capacités paraît particulièrement pertinente pour une application dans le champ de la santé ainsi que le défend Anand [2005, p. 300] en se référant à un cas particulier de décision médicale :

“The capabilities approach, by introducing an emphasis on the opportunities a person has, makes it possible to give an account of ethical systems that value autonomy as it might feature in discussions about informed consent to the right to die.”

1. Nussbaum [2003] précise que son approche par les capacités admet que des personnes puissent choisir de manière autonome de ne pas vivre une vie autonome. En effet, qu'une liste de capacités intègre l'autonomie ne signifie pas que celle-ci doit nécessairement faire partie des fonctionnements atteints par les personnes.

2. Un fonctionnement valable est défini comme un fonctionnement qu'une personne a raison de souhaiter.

3. Varelius [2003] défend une conclusion similaire en suivant un raisonnement différent du notre.

4. Si l'autonomie au sens de la liberté d'opportunité possède une valeur intrinsèque, notre exemple demeure valable même si l'ensemble des choix des deux personnes contient à chaque fois l'élément qu'elles préfèrent.

Il semble donc que le concept de capacité fournit un réel apport face aux théories subjectives du bien-être dans la manière de caractériser la valeur intrinsèque de l'autonomie¹. Cet apport mérite d'être considéré si le principe de consentement éclairé est compris comme visant à protéger l'autonomie au sens du droit à choisir. Il doit cependant être introduit avec prudence car la prise en compte de la valeur de la liberté de choix est concomitante à l'introduction de la notion de responsabilité. Par exemple, deux personnes qui se trouvent dans un même état de santé parce que l'une fume et l'autre est victime de tabagisme passif n'ont pas la même capacité à être en bonne santé. Cette différence de capacité ne traduit pas uniquement une différence de choix de fonctionnement mais aussi un effet de responsabilité chez la personne qui fume. Or peu de systèmes de santé acceptent de fonder l'ordre de priorité dans l'obtention des ressources sur des critères de responsabilité. Cette contradiction entre la promotion de l'autonomie-opportunité et le rejet du critère de responsabilité doit être prise en compte en cherchant à opérationnaliser le concept de capacité pour la prise de décision sociale en santé². Par ailleurs, la notion de capacité invite à ne pas seulement évaluer la santé pour elle-même mais aussi pour ce qu'elle permet d'être et de faire. Des personnes dans un même état de santé n'ont pas nécessairement la même capacité à conserver une activité professionnelle par exemple³. C'est aussi en ce sens que la liberté de choix peut être prise en compte pour évaluer les résultats des programmes de santé, ce qui conduirait à revoir l'approche extra-welfariste qui reste focalisée sur les seuls fonctionnements relatifs à la santé.

LE PROBLEME DE L'ADAPTATION

Dans un sens général, l'adaptation désigne les actions et les mécanismes d'ajustement à des conditions nouvelles ou changeantes qui permettent d'en atténuer les effets⁴ (Frederick et Loewenstein [1999]). De nombreuses observations empiriques suggèrent l'existence d'une forme d'adaptation hédonique impliquant que l'intensité de l'expérience subjective associée à un changement qui perdure s'atténue avec le temps. C'est le cas du paradoxe d'Easterlin né du constat d'une corrélation faible ou nulle dans le temps entre le niveau de revenu par tête et le niveau de bien-être subjectif reporté⁵ (Easterlin [1995]). Dans le domaine de la santé, l'adaptation est invoquée pour expliquer que des personnes ayant une santé dégradée déclarent pourtant une meilleure qualité de vie que ce que des personnes en bonne santé anticipent. Ce résultat est obtenu en employant des mesures des préférences (Sackett et Torrance [1978], Ratcliffe et al. [2006]) et des mesures de la satisfaction ressentie (Riis et al.

¹ L'aspect de l'autonomie lié à la liberté de choix pourrait intégré dans une perspective welfariste de la même manière que pour l'utilité procédurale, c'est-à-dire en élargissant le domaine de définition de l'utilité. Gravel [1998] a cependant montré que pour obtenir un ordre de préférence sur un ensemble d'opportunités satisfaisant à la propriété de transitivité, l'autonomie ne peut posséder qu'une valeur instrumentale.

2. Une solution à notre exemple qui n'implique pas de faire jouer la responsabilité de la personne qui fume consiste à donner à l'autre personne la possibilité d'échapper au tabagisme passif.

³ Fleurbaey [2004] souligne que le concept de capacité peut éventuellement être inutilement compliqué et que les informations qu'il recouvre pourraient être décrites en considérant un espace de fonctionnements suffisamment riche.

4. L'adaptation peut prendre plusieurs formes, elle peut être physique, par exemple dans le cas d'une personne qui devient aveugle et qui apprend à lire en braille, ou psychologique, lorsqu'une personne qui perd certaines capacités apprend à aimer d'autres activités qui lui sont toujours accessibles (Ubel et al. [2003]).

5. En revanche, sur une année les données transversales indiquent une corrélation positive significative entre le niveau de satisfaction et le niveau de revenu.

[2005]). L'une des principales explications avancées est que les personnes qui ne sont pas en situation ignorent la capacité d'adaptation des personnes malades¹ (Ubel et al. [2003]).

Sen [1999] recommande le recours à la théorie des capacités pour éviter les problèmes posés par l'adaptation lorsque sont réalisées des comparaisons interpersonnelles de bien-être. Les partisans d'une approche welfariste en santé optent pour une position différente qui consiste à filtrer l'utilité des effets de l'adaptation.

Adaptation à la santé et correction de l'utilité

Les personnes malades sont indéniablement celles qui ont la meilleure connaissance des conditions et des sensations associées à la maladie. En revanche, l'inexpérience des personnes en bonne santé fait peser des doutes sur leur capacité à anticiper correctement l'utilité que leur procureraient des états de santé hypothétiques. Pourtant, plusieurs arguments sont avancés pour rejeter l'usage exclusif de l'utilité de personnes adaptées pour procéder à des évaluations économiques. L'une de ces raisons est qu'en cas d'adaptation positive, une approche welfariste accorde une faible priorité aux personnes malades lors de la répartition des ressources² (Fitzpatrick [1996]). Ce résultat, qui paraît moralement peu défendable, peut être évité en employant des mesures des préférences ou de l'utilité expérimentée de personnes non adaptées comme celles de la communauté par exemple. Cette solution paraît cependant peu satisfaisante puisqu'elle défend une forme spécifique de welfarisme sur la base d'arguments extra-welfaristes. L'élément déterminant le choix des personnes sources des mesures de bien-être repose ici non pas sur leur capacité à apprécier ce bien-être mais sur leur capacité à fournir des mesures d'utilité qui reflètent des écarts objectifs de santé. Les préférences du public seraient donc retenues parce qu'étant non adaptées, elles induisent une priorité envers les personnes malades qui paraît moralement légitime au regard de la dégradation objective de leur santé.

Menzel et al. [2002] avancent une autre raison en faveur de l'emploi de mesures d'utilité non influencées par l'adaptation pour comparer les états sociaux en santé. Cette pratique leur semble juste parce qu'elle donne une priorité aux personnes malades en récompense de « l'effort louable » qu'elles réalisent pour s'adapter. Contrairement au précédent, cet argument ne se réfère pas à des informations extra-welfaristes. Il se rapporte à la nature du processus d'adaptation supposé posséder une valeur morale intrinsèque. Cet argument engendre toutefois un paradoxe. Si les valeurs de personnes non adaptées sont utilisées dans les évaluations économiques, il se crée mécaniquement une priorité en faveur des personnes malades par rapport à celles qui sont en parfaite santé. Mais ceci concerne aussi bien les personnes adaptées que les personnes non adaptées. La priorité donnée aux personnes malades est alors indépendante de leur effort d'adaptation, contrairement à ce qui est recherché. Même en parvenant à distinguer les personnes malades adaptées de celles qui ne sont pas adaptées, récompenser les premières pour leur effort semble injuste vis-à-vis des secondes qui paraissent posséder de plus grands besoins (Dolan et Kahneman [2006]).

1. Même si l'adaptation est l'une des principales explications, d'autres justifications sont possibles. Ainsi les écarts peuvent résulter d'une illusion d'attention (*focusing illusion*) si les personnes anticipant ce que représentent des états de santé dégradés se focalisent sur les activités affectées par ces états et ignorent les autres aspects de la vie non affectés (Ubel et al. [2003]).

2. Dans un contexte dans lequel le budget alloué à la santé est déjà déterminé ce problème se traduira par une modification des directions de l'allocation des ressources (Brazier et al. [2005]).

Bien qu'à notre connaissance il ne soit pas considéré par les économistes de la santé, il existe un argument moral plus fondamental que les précédents pour ne pas employer les fonctions d'utilité adaptées. Proposé par Elster [1982], cet argument associe l'adaptation à l'autonomie. Elster [1982] conçoit en effet des préférences adaptatives comme résultant d'une diminution des aspirations individuelles induites par une perte d'autonomie, au sens de la liberté d'opportunité. S'adapter signifie alors qu'une hausse du bien-être subjectif provient non pas de ce que les personnes obtiennent ce qui les satisfait mais de ce qu'elles apprennent à se satisfaire de ce qu'elles peuvent obtenir (Elster [1982], Goodin [2001]). La hausse de l'utilité induite par un comportement de résignation peut être conçue comme une information moralement inadaptée pour la prise de décision sociale (Elster [1982]). Dans ce cas, employer des mesures d'utilité non adaptée pour apprécier les états sociaux pourrait fournir un moyen pour filtrer les mesures des préférences des effets de la résignation et s'assurer que l'utilité repose sur des désirs autonomes¹.

Au moins deux contre-arguments peuvent être opposés à cette solution. Tout d'abord, si le principe de filtrage des préférences est retenu, cela revient à nier le fondement moral du préférencisme, à savoir qu'une personne rationnelle et *informée* doit être la meilleure juge de son bien-être. Cette critique ne s'applique cependant pas aux mesures de l'utilité expérimentée. Ensuite, nous pourrions, en nous référant au concept de capacité, situer l'argumentation d'Elster dans un cadre extra-welfariste. C'est en effet la diminution des capacités individuelles, c'est-à-dire de l'ensemble des opportunités valables disponibles, qui conduit à penser que l'effet de l'adaptation sur l'utilité ne doit pas être pris en compte pour évaluer les états sociaux. Ainsi que nous l'avons souligné précédemment, il semble que le principal souci que l'adaptation pose aux partisans des théories subjectives du bien-être est lié au fait que ses variations ne résultent pas de changements dans les conditions de vie objectives des individus. Ce problème subsiste même si l'utilité intègre une composante procédurale. Dans ce cas, pourquoi ne pas représenter directement le bien-être en termes de capacités plutôt que de corriger les mesures de l'utilité de décision ou expérimentée ?

En défense d'une conception extra-hédoniste du bien-être

Le rôle positif de l'adaptation

Les conséquences de l'adaptation sont l'un des principaux motifs que Sen invoque pour justifier le passage du welfarisme à l'approche par les capacités². La théorie des capacités est souvent interprétée comme concevant une variation du bien-être en termes de changements objectifs des conditions de vie des personnes (Teschl et Comim [2005, p. 237]). C'est d'ailleurs l'interprétation qui lui est donnée par les extra-welfaristes en santé (Wagstaff [1991]). Elle ne se différencie alors pas, quant à la manière de gérer l'adaptation, d'une approche welfariste employant des mesures de l'utilité individuelle non adaptée. Elle consiste en effet à ignorer les effets de l'adaptation sur le bien-être subjectif³. La thèse que nous défendons ici est que dans le domaine de la santé, ces effets positifs méritent pourtant d'être pris en compte pour définir le bien-être individuel. Plusieurs arguments permettent d'étayer cette thèse.

1. Ceci ne correspond cependant pas à ce que préconise Elster [1982].

2. Ce n'est pas le seul argument que propose Sen. Voir Sen [1985, 1993a, 1999].

3. Teschl et Comim [2005, p. 241] notent que l'approche des capacités s'est peu intéressée aux aspects positifs de l'adaptation.

Un premier argument est que l'adaptation peut être un moyen nécessaire et efficace pour compenser les pertes de bien-être induites par la maladie. Imaginons une personne en parfaite santé au temps $t - 1$, état noté p , qui à un moment t tombe malade et se retrouve dans un état de santé dégradé s . Cette personne dispose d'une quantité y d'autres ressources telles que son revenu. Le tableau 1 illustre les possibilités envisageables pour compenser la perte de cette personne dont le bien-être subjectif est représenté par la fonction d'utilité instantanée invariante U_t telle que $U_t = U_{t+i} \forall i \in \mathbb{N}$.

Tableau 1 : Trois modes d'amélioration du bien-être d'une personne malade

	Bien-être en t	Mode d'ajustement*	Bien-être final (en $t + 1$)
Cas 1	$U_t(s, y)$	Soins (passer de s à p)	$U_{t+1}(p, y) = U_t(p, y)$
Cas 2	$U_t(s, y)$, état incurable	Compensation par le revenu	$U_{t+1}(s, y + x) = U_t(p, y)$
Cas 3	$U_t(s, y)$, état incurable	Adaptation	$V_{t+1}(s, y) = U_t(p, y)$

* Chaque mode d'ajustement est représenté comme complet au sens où il permet de revenir au niveau de bien-être correspondant à la parfaite santé.

La première ligne décrit le cas dans lequel l'état s est curable. Les ressources peuvent alors être consacrées aux soins afin qu'en $t + 1$ la personne recouvre une parfaite santé et le niveau d'utilité qu'elle avait avant de tomber malade. Les cas 2 et 3 concernent un mal chronique qui ne peut être soigné. Une première possibilité consiste à effectuer une compensation par le revenu en transférant une somme monétaire x à la personne malade (ligne 3 du tableau)¹. Mais cette solution peut s'avérer insuffisante pour retrouver le niveau de bien-être initial. Si l'utilité marginale du revenu est décroissante, il se peut qu'au-delà d'un certain niveau de transfert, le coût marginal de cette stratégie devienne tel que les ressources puissent être employées plus efficacement à soigner ou à compenser monétairement la perte d'autres personnes malades². L'aide à l'adaptation à la santé peut alors constituer un moyen pour aider à rapprocher la personne de son niveau de bien-être initial. Comme le représente la ligne 3 du tableau, il s'agit alors de « modifier » l'utilité des personnes malades de manière à obtenir une fonction d'utilité adaptée V telle que $\partial V(s, y)/\partial s > \partial U(s, y)/\partial s \forall y$.³ Il ne s'agit pas de prétendre que l'adaptation doit remplacer les solutions de soins et de compensation. L'idée est que lorsque ces deux solutions ne peuvent être appliquées de manière satisfaisante pour parvenir à compenser la perte de bien-être, alors l'effet de l'adaptation sur le bien-être subjectif ne constitue pas un problème d'un point de vue moral. C'est d'ailleurs ce que suggère le fait que les systèmes de santé consacrent une partie de leurs ressources au financement d'actions de soutien psychologique visant à aider les personnes à faire face à la maladie et à s'adapter à leur état. Ignorer les effets positifs de l'adaptation reviendrait à donner une valeur sociale nulle à ces actions et conduirait à recommander de ne plus les financer⁴.

1. Il s'agit du principe sur lequel repose l'estimation des dispositions à recevoir.

2. Cette situation est d'autant plus probable s'il existe un phénomène d'adaptation au revenu, comme le suggère le paradoxe d'Easterlin, la somme compensatoire à verser pour une maladie chronique pouvant alors être virtuellement infinie.

3. Aider une personne à s'adapter à son état de santé peut ainsi contribuer à améliorer l'efficacité d'une stratégie de compensation par le revenu.

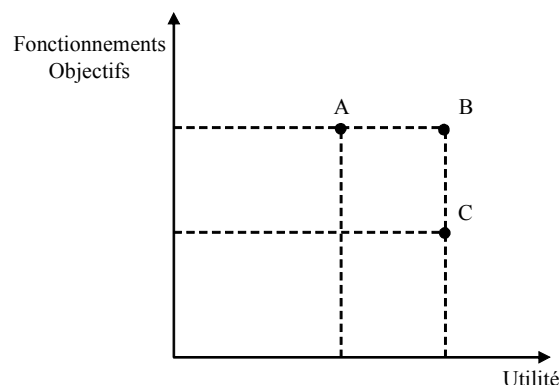
4. Certains questionnaires de qualité de vie développés dans le secteur de la santé intègrent des questions spécifiques dont le propos est de mesurer la contribution positive de l'adaptation à la qualité de vie.

Le second argument que nous proposons pour justifier de ne pas ignorer les conséquences de l'adaptation sur le bien-être subjectif repose sur l'idée que les personnes non adaptées ont des besoins spécifiques par rapport à celles qui parviennent à s'adapter. Il peut être souhaitable de diriger les ressources en priorité pour résoudre les situations auxquelles les personnes ne parviennent pas à s'adapter (Dolan et Kahneman [2006]). Prendre en compte les effets positifs de l'adaptation offre la possibilité de distinguer les personnes adaptées et non adaptées. Mais prétendre que les personnes non adaptées ont plus de besoins que celles qui sont parvenues à s'adapter, et en particulier ne serait-ce que le besoin d'une aide pour réussir à s'adapter, n'implique pas que les premières n'ont pas de besoins. En dépit de leur bien-être subjectif élevé, qui peut être proche de celui d'une personne en parfaite santé, elles ont plus de besoins que cette dernière compte tenu de leur état. C'est pourquoi une théorie du bien-être pertinente pour l'aide à l'allocation des ressources en santé nous paraît nécessiter non seulement d'être capable de différencier les personnes bien portantes de celles qui sont malades mais également de discriminer, au sein de cette dernière catégorie, entre celles qui s'adaptent et celles qui n'y parviennent pas. Le problème alors posé est de parvenir à refléter les conséquences de l'adaptation sur le bien-être subjectif tout en évitant les problèmes de distorsions dénoncés par Sen lors des comparaisons interpersonnelles de bien-être.

Attraits d'un index extra-hédoniste

La proposition que nous faisons pour répondre à ce problème est simple, tout au moins sur un plan conceptuel. Elle consiste à s'appuyer sur le cadre de la théorie des capacités et à inclure explicitement le bonheur parmi les fonctionnements valables. Il s'agit ainsi de concevoir ce que nous pouvons appeler un index extra-hédoniste du bien-être. La richesse de la base informationnelle ainsi constituée peut à la fois rendre compte des effets positifs (la hausse de l'utilité) et des causes négatives (la réduction des fonctionnements ou des capacités) de l'adaptation. Elle offre en outre la possibilité de distinguer les personnes malades non adaptées des personnes malades adaptées et ces dernières des personnes bien portantes, même en cas d'adaptation parfaite. C'est ce qu'illustre l'exemple du graphique 1 qui présente la situation de trois personnes A, B et C.

Graphique 1 : Utilisation d'un index extra-hédoniste



Sur ce graphique, les fonctionnements objectifs de A sont identiques à ceux de B. Mais B retire une plus grande utilité de cette situation. De même le niveau d'utilité de B est identique à celui de C bien que ce dernier soit à un niveau inférieur en termes de fonctionnements atteints. Contrairement à une théorie fondée sur les seuls fonctionnements objectifs (pour laquelle A et B ont le même bien-être) ou subjective fondée sur l'utilité (pour laquelle B et C ont le même bien-être), un index extra-hédoniste conclut que le bien-être de B est supérieur à celui de A et de C. C peut être une personne adaptée, qui possède néanmoins des besoins en termes de santé. Au contraire, A pourrait être une personne qui ne parvient pas à s'adapter

(par rapport à B). Un index extra-hédoniste se déclinant sous la forme $I = I(f, u)$ telle que f désigne les fonctionnements objectifs et u l'utilité évite donc les problèmes moraux auxquels se heurtent les théories subjectives du bien-être face à l'adaptation. Il tient aussi compte de la valeur de l'adaptation s'il est construit de telle manière que $\partial I(f, u)/\partial u > 0$.¹

La possibilité d'inclure l'utilité comme un fonctionnement n'est pas originale puisqu'elle est soulignée à plusieurs reprises par Sen lui-même (Sen [1985, 1993, 1999]). Pourtant, elle n'est pas retenue dans l'interprétation extra-welfariste des QALYs². Pour Culyer [1990], l'utilité de décision demeure un concept primordial chez les extra-welfaristes parce que les préférences individuelles peuvent servir à estimer l'importance subjective relative de divers fonctionnements lors de la construction d'un index de santé. Les QALYs extra-welfaristes peuvent ainsi être interprétés comme une fonction d'utilité multi-attributs, définie sur les couples de longévité et d'état de santé, dont les fonctions mono-attributs sont remplacées par des indicateurs objectifs de temps et de santé³ (voir Broome [1993, p. 159] et Cookson [2005]). Il en résulte qu'un changement de bien-être au sens des QALYs extra-welfaristes provient *nécessairement* d'un changement dans les conditions objectives de vie des personnes (Wagstaff [1991]). Introduire le bonheur parmi les fonctionnements implique au contraire que deux personnes qui se trouvent dans un même état de santé peuvent ne pas avoir le même niveau de bien-être objectif.

Pourquoi privilégier l'utilité expérimentée plutôt que l'utilité de décision dans ce contexte ? La raison tient à ce que contrairement aux préférences, l'utilité définie en tant qu'expérience hédoniste renvoie à un aspect de l'état des personnes, c'est-à-dire à un fonctionnement au sens de Sen. Par ailleurs, si l'utilité expérimentée est considérée comme mesurant une dimension de l'état des personnes, cela résout la question de la population source à interroger pour obtenir les mesures d'utilité. Il paraît en effet légitime de mesurer l'utilité-fonctionnement auprès des personnes qui font l'expérience des états que l'on cherche à évaluer. Cette précision ne résout pas la question de la mesure de l'utilité expérimentée car cette expression renvoie à des notions diverses. Actuellement, deux principales démarches d'évaluation de l'utilité au sens hédoniste coexistent. Les travaux relatifs aux déterminants de la satisfaction déclarée s'appuient sur des évaluations obtenues en demandant aux personnes de préciser dans quelle mesure elles s'estiment satisfaites de leur vie ou d'un élément particulier de leur vie tel que leur santé par exemple. Elles évaluent l'utilité expérimentée de manière rétrospective, en exigeant des personnes interrogées qu'elles synthétisent leurs expériences passées (Kahneman et al. [1997]). Kahneman doute de la validité de telles évaluations sujettes selon lui à des biais de mémoire impliquant que « people don't really know how happy they are » (Kahneman et Sugden [2005, p. 174]). C'est pourquoi il suggère de construire une mesure objective du bonheur ressenti. Celle-ci est définie comme l'intégrale temporelle de mesures de l'utilité instantanée représentant la qualité de l'expérience hédoniste ressentie à chaque moment (Kahneman et al. [1997], Kahneman [1999]). L'utilité instantanée se rapportant à l'état d'une personne à un moment donné, elle peut être conçue comme un fonctionnement (Teschl et Comim [2005]). Le concept d'utilité instantanée pourrait ainsi être mobilisé pour élaborer un index extra-hédoniste du bien-être $I(f, u)$. Il pourrait par exemple

¹ La valeur de la capacité individuelle dépend à la fois des fonctionnements atteints et de ceux qui peuvent être atteints.

² Plus précisément, Culyer [1989] souligne cette possibilité mais en pratique celle-ci n'est pas prise en considération (voir Hurley [2000]).

³ Objectif signifie ici qui ne dépendent pas des états mentaux des individus au contraire de l'utilité.

s'apparenter à une forme extra-hédoniste des QALYs qui correspondent initialement à l'intégrale temporelle de mesures de l'utilité de décision sur les états de santé¹.

Mêler le cadre d'analyse de la théorie des capacités aux concepts développés par le courant de l'économie du bonheur constitue donc selon nous une voie qui mérite d'être explorée pour gérer les effets de l'adaptation à la santé dans le cadre de la comparaison des états sociaux. Si l'index *I* est interprété comme une mesure des capacités, il donne corps à une conception du bien-être qui intègre simultanément la valeur de l'autonomie et les effets de l'adaptation. Ainsi que le montre le graphique 1, élaborer un tel index extra-hédoniste nécessiterait de déterminer des arbitrages entre les fonctionnements objectifs et l'utilité pour distinguer les cas des personnes A et C par exemple. Ceci pourrait être un moyen d'internaliser le conflit auquel sont parfois confrontés les soignants entre les principes de bienfaisance et d'autonomie.

CONCLUSION

Cet article s'est interrogé sur le choix d'une théorie du bien-être individuel pertinente pour évaluer les états sociaux en santé, interrogation qui suscite un important débat entre partisans des approches welfariste et extra-welfariste de l'évaluation économique. Plus précisément, il s'est interrogé sur la possibilité d'identifier une base informationnelle pouvant concilier la prise en compte de la valeur de l'autonomie et une gestion satisfaisante des effets de l'adaptation. Il a montré que l'approche par les capacités de Sen peut répondre à cette interrogation sous deux conditions.

En premier lieu, elle ne doit pas se limiter à la mesure des seuls fonctionnements atteints telle que la pratiquent les partisans de l'approche extra-welfariste en santé. C'est précisément le concept de capacité, de par l'accent qu'il met sur les opportunités individuelles, qui peut aider à traduire la valeur de l'autonomie au sens de la liberté à exercer un choix à l'instar de ce que défend le principe de consentement éclairé. Cet aspect de l'autonomie ne semble pas pouvoir être intégré à une mesure préférenciste ou hédoniste du bien-être, même étendue à une forme procédurale d'utilité. En second lieu, l'interprétation exclusivement objective de la théorie des capacités ne constitue pas une manière satisfaisante de gérer le phénomène de l'adaptation à la santé. Certaines spécificités du secteur de la santé impliquent que l'impact positif de ce phénomène sur le bien-être subjectif ne peut être ignoré pour évaluer les états sociaux. C'est pourquoi nous défendons l'emploi d'une définition extra-hédoniste du bien-être dans laquelle l'utilité expérimentée, conçue en tant que mesure de l'expérience hédoniste, est incluse parmi les fonctionnements valables. Un index extra-hédoniste du bien-être, entendu au sens de l'approche par les capacités, peut en théorie rendre compte de la valeur de l'autonomie sans nécessiter d'ignorer les effets de l'adaptation.

La proposition à laquelle nous aboutissons repose sur une analyse conceptuelle. Nous ne nous sommes pas inquiétés des questions d'opérationnalisation des concepts d'utilité expérimentée ou de capacité. La notion de capacité en particulier est difficile à évaluer empiriquement parce qu'elle exige des informations contrefactuelles. La plupart des travaux appliqués s'en tiennent d'ailleurs à la mesure des seuls fonctionnements (Kuklys et Robeyns [2004]), même si de nouvelles voies ont récemment été proposées en la matière (Anand et van Hees [2006]). Mais ces questions dépassent notre propos qui était précisément de montrer

1. Cette proposition se situe à mi-chemin de celles de Dolan et Kahneman [2006] et de Cookson [2005]. Les premiers proposent de construire les QALYs à l'aide de mesures de l'utilité expérimentée tandis que le second propose de les réinterpréter comme un index de la valeur des capacités sans pour autant inclure l'utilité expérimentée parmi les fonctionnements valables.

qu'elles méritent d'être posées. Notre analyse invite à contester la position dominante de la théorie du bien-être comme satisfaction des préférences, tout au moins dans le domaine de la santé, pour poursuivre deux principales voies de recherche. La première est de chercher à diffuser les méthodes de l'économie du bonheur concernant la mesure de l'utilité au sens hédoniste. La seconde, qui possède des aspects positifs et normatifs, concerne la recherche de moyens de mesure des capacités ainsi que de méthodes pour arbitrer entre fonctionnements objectifs et utilité pour parvenir à l'élaboration concrète d'un index extra-hédoniste du bien-être. Si la prise en compte de l'autonomie et la gestion des effets de l'adaptation sont jugées importants, ces deux pistes de recherche méritent d'être considérées afin de pouvoir fonder l'évaluation économique sur une mesure du bien-être pertinente pour une application dans le domaine de la santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ABDELLAOUI M., WAKKER P.P., BARRIOS C., [2007], "Reconciling Introspective Utility with Revealed Preference: Experimental Arguments Based on Prospect Theory", *Journal of Econometrics*, à paraître.
- ALKIRE S. [2005a], "Subjective Quantitative Studies of Human Agency", *Social Indicators Research*, 74, p. 217-260.
- ALKIRE S. [2005b], "Measuring the freedom aspects of capabilities", *working paper*
- ANAND P. [2005], "Capabilities and Health", *Journal of Medical Ethics*, 31, p. 299-303.
- ANAND P., VAN HEES M. [2006], "Capabilities and achievements: An empirical study", *The Journal of Socio-Economics*, 35, p. 268-284.
- ARNESON R.J. [1999], « Human Flourishing versus Desire Satisfaction », *Social Philosophy and Policy*, 16, p. 113-142.
- BENZ M., FREY B. [2004], "Being Independent Raises Happiness at Work", *Swedish Economic Policy Review*, 11, p. 95-134.
- BENZ M. [2005], "The Relevance of Procedural Utility for Economics", *Institute for Empirical Research in Economics Working Paper*, n° 256, University of Zurich.
- BERY A. [2005], « Information et consentement », *EMC - Odontologie*, 1, p. 262-280.
- BIRCH S., DONALDSON C. [2003], "Valuing the benefits and costs of health care programmes: where's the 'extra' in extra-welfarism?", *Social Science and Medicine*, 56, p. 1121-1133.
- BLANCHFLOWER D.J., OSWALD A.J. [2004], "Well-being over time in Britain and the USA", *Journal of Public Economics*, 88, p. 1359-1386.
- BLEICHRODT H., QUIGGIN J. (1999), « Life-Cycle Preferences over Consumption and Health : When is Cost-Effectiveness Analysis Equivalent to Cost-Benefit Analysis ? », *Journal of Health Economics*, 18, p. 681-708.

- BRAZIER J., AKEHURST R., BRENNAN A., DOLAN P. CLAXTON K., MCCABE C., SCULPHER M., TSUCHIYA, A. [2005], “Should Patients Have a Greater Role in Valuing Health States?”, *Applied Health Economics and Health Policy*, 4, p. 201-208.
- BROCK D. [1993], « Quality of Life Measures in Health Care and Medical Ethics », in *The Quality of Life*, Ed. Martha Nussbaum & Amartya Sen, Oxford: Clarendon, p. 95-132.
- BROOME J. [1993], « Qalys », *Journal of Public Economics*, 50, p. 149-167.
- BROOME J. [1996], « The Value of Life and the Value of Population », *Journal of Population Economics*, 9, p. 3-18.
- BROOME J. [1999], *Ethics out of economics*, Cambridge University Press.
- BROUWER W.B.F., KOOPMANSCHAP M.A. [2000], “On the economic foundations of CEA. Ladies and gentlemen, take your positions!”, *Journal of Health Economics*, 19, p. 439-459.
- CAMERER C., LOEWENSTEIN G. [2003], “Behavioral Economics: Past, Present, Future”, in , Camerer C., Loewenstein G., Rabin M., eds., *Advances in Behavioral Economics*, Princeton University Press.
- CCNE [1998], *Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche*, avis n. 58.
- CLARK A.E., OSWALD A.J. [1994], “Unhappiness and Unemployment”, *Economic Journal*, 104, p. 648-659.
- CLARK D. A. [2006], “Capability Approach” in Clark D. A., ed., *The Elgar Companion to Development Studies*, Edward Elgar, Cheltenham, p. 32-45.
- COOKSON R. [2005], “QALYs and the Capability Approach”, *Health Economics*, 14, p. 817-829.
- CULYER A.J. [1990], « Commodities, Characteristics of Commodities, Characteristics of People, Utilities, and the Quality of Life », in Baldwin S., Godfrey C., Propper C., eds., *Quality of Life : Perspectives and Policy*, Routledge, London and New York, p. 9-27.
- CULYER A.J. [1989], « The Normative Economics of Health Care Finance and Provision », *Oxford Review of Economic Policy*, 5, p. 34-58.
- DARWALL S., [2006], “The Value of Autonomy and Autonomy of the Will”, *Ethics*, 116, p. 263-284.
- DEATON A., MUELLBAUER J. (1980), *Economics and Consumer Behavior*, Cambridge University Press, Cambridge.
- DOLAN P, KAHNEMAN D. [2007], “Interpretations of utility and their implications for the valuation of health”, *Economic Journal*, forthcoming.
- DONALDSON C., SHACKLEY P. [1997], “Does “process utility” exist? A case study of willingness to pay for laparoscopic cholecystectomy”, *Social Science and Medicine*, 44(5), p. 699-707.
- DRUMMOND M.F., O’BRIEN B.J., STODDART G.L., TORRANCE G.W. [1998], *Méthodes d’évaluation économique des programmes de santé*, Economica, Paris.
- EASTERLIN, R. [1995], “Will raising the incomes of all increase the happiness of all?”, *Journal of Economic Behavior and Organization*, 27, p. 35-47.
- ELSTER J. [1982], “Sour Grapes – Utilitarianism and the Genesis of Wants”, in Sen A., Williams B., *Utilitarianism and Beyond*, Cambridge University Press, p. 219-238.

- ENGELHARDT T.H.JR., [2001], « The Many Faces of Autonomy », *Health Care Analysis*, 9, p. 283-297.
- FITZPATRICK R. [1996], “Alternative approaches to the assessment of health-related quality of life”, in Offer A. (ed.), *In Pursuit of the Quality of Life*, Oxford University Press.
- FLEURBAEY M. [2004], “Equality of functionings”, *working paper*, <http://ceres.shs.univ-paris5.fr/publifleurbaey/eof.rtf>
- FREDERICK S., LOEWENSTEIN, G. [1999], “Hedonic adaptation”, in Kahneman D., Diener E., Schwartz N., [eds], *Scientific Perspectives on Enjoyment, Suffering, and Well-Being*, New York. Russell Sage Foundation.
- FREY B.S., STUTZER A. [2002], “Maximising Happiness?”, *German Economic Review*, 1, p. 145-167.
- FREY B.S., STUTZER A. [2002], “What Can Economists Learn from Happiness Research?”, *Journal of Economic Literature*, 40, 2002, p. 402-435.
- FREY B.S., STUTZER A., [2005a], “Beyond Outcomes: Measuring Procedural Utility”, *Oxford Economic Papers*, 57(1), p. 90-111.
- FREY B.S., STUTZER A., [2005b], “Happiness Research: State and Prospects”, *Review of Social Economy*, 62, p. 207-228.
- FREY B.S., BENZ M., STUTZER A. [2004], “Introducing Procedural Utility: Not Only What but also How Matters”, *Journal of Institutional and Theoretical Economics*, 160(3), p. 377-401.
- FRYBACK D.G. [2003], “Whose quality of life? Or Whose decision”, *Quality of Life Research*, 12, p. 609-610.
- GAFNI A., BIRCH S. [1995], “Preferences for outcomes in economic evaluation: an economic approach to addressing economic problems”, *Social Science and Medicine*, 40, p. 767-776.
- GRAVEL N. [1998], “Ranking Opportunity Sets on the Basis of their Freedom of Choice and their Ability to Satisfy Preferences: A Difficulty”, *Social Choice and Welfare*, 15, p. 371-382.
- GOODIN R.E. [2001], “Adaptive Preferences: Philosophical Aspects”, in *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, p. 72-77.
- HARSANYI J.C. [1982], “Morality and the Theory of Rational Behaviour”, in Sen A., Williams B. (eds.), *Utilitarianism and Beyond*, Cambridge University Press, p. 39-62.
- HARSANYI J.C. [1997], “Utilities, preferences, and substantive goods”, *Social Choice and Welfare*, 14, p. 129-145.
- HURLEY J. [2000], “The Normative Economics of Health and Health Care”, In *Handbook of Health Economics*, A.J. Culyer and J. P. Newhouse, eds, Amsterdam : North Holland . p. 56-118.
- KAHNEMAN D. [2000], « Experienced Utility and Objective Happiness : A Moment-Based Approach », in Kahneman D., Tversky A., eds., *Choices, Values and Frames*, Cambridge University Press, New York, chapter 37.
- KAHNEMAN D. WAKKER P.P., SARIN R. [1997], « Back to Bentham ? Explorations of Experienced Utility », *Quarterly Journal of Economics*, 112, p. 375-406.

- KAHNEMAN D., KRUEGUER A.B. [2006], “Developments in the Measurement of Subjective Well-Being”, *Journal of Economic Perspectives*, 22, n° 1, p. 3-24.
- KAHNEMAN D., SUGDEN R. [2005], “Experienced Utility as a Standard of Policy Evaluation”, *Environmental & Resource Economics*, 32, p. 161-181.
- KUKLYS W., ROBEYNS I. [2004], « Sen’s capability approach to welfare economics », *Cambridge Working Paper in Economics*, n. 0415.
- LAYARD R. [2006], “Happiness and Public Policy: a Challenge to the Profession”, *The Economic Journal*, 116, p. 24-33.
- LE MENESTREL [2003], “A One-Shot Prisoners’ Dilemma with Procedural Utility”, *Working Paper*, University Pompeu Fabra, n° 819.
- LOEWENSTEIN G., SCHAKDE D. [1999], « Wouldn’t it Be Nice ? Predicting Future Feelings », in Kahneman D., Diener E., Schwartz N., eds., *Well-Being : The Foundations of Hedonic Psychology*, Russell Sage Foundation, New York, p. 85-105.
- LOCKWOOD M. [1988], “Quality of Life and Resource Allocation”, in Bell M., Mendus S. eds., *Philosophy and Medical Welfare*, Cambridge University Press, Cambridge, p. 33-55.
- MENZEL P., DOLAN P., RICHARDSON J., OLSEN J.A. [2002], “The role of adaptation to disability and disease in health state valuation: a preliminary normative analysis”, *Social Science and Medicine*, 55, p. 2149-2158.
- MOONEY G. [2005], “Communitarian claims and community capabilities: furthering priority setting?”, *Social Science and Medicine*, 60, p. 247-255.
- NELSON-MARTEN P., RICH B.A. [1999], “A historical perspective of informed consent in clinical practice and research”, *Seminars in Oncology Nursing*, 15, p. 81-88.
- NG Y.K. [1999], “Utility, informed preference, or happiness : following Harsanyi’s argument to its logical conclusion”, *Social Choice and Welfare*, 16, p. 197-216.
- NG Y.K., [2003], “From preferences to happiness: towards a more complete welfare economics”, *Social Choice and Welfare*, 20, p. 307-350.
- NG Y.K., [2007], “Environmentally Responsible Happy Nation Index: Towards an Internationally Acceptable National Success Indicator”, *Social Indicators Research*, forthcoming.
- NUSSBAUM M.C. [2003], “Capabilities as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice”, *Feminist Economics*, 9, p. 33-59.
- VAN PRAAG B.M.S. [2007], “Perspectives from the Happiness Literature and the Role of New Instruments for Policy Analysis”, *Working Paper*, Institute for the Study of Labor, Bonn, n. 2568.
- RAMEIX S. [2004], « La décision médicale. Du paternalisme des médecins à l’autonomie des patients », *Cahiers philosophiques*, 98, p. 42-69.
- RIIS J., LEOWENSTEIN G., BARON J., JEPSON C., FAGERLIN A., UBEL P.A., [2005] “Ignorance of Hedonic Adaptation to Hemodialysis: A Study Using Ecological Momentary Assessment”, *Journal of Experimental Psychology: General*, 134, p. 3-9.
- ROBEYNS I. [2005], “The Capability Approach: a theoretical survey”, *Journal of Human Development*, 6, p. 93-114.

- SACKETT D.L., TORRANCE G.W. (1978), « The Utility of Different Health States as Perceived by the General Public », *Journal of Chronic Diseases*, 7, p. 347-358.
- SANDMAN L. [2004], “On the Autonomy Turf. Assessing the value of autonomy to patients”, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 7, p. 261-268.
- SEN A.K. [1979], « Personal Utilities and Public Judgements : Or What's Wrong with Welfare Economics ? », *Economic Journal*, 89, p. 537-588.
- SEN A.K. [1980], « Equality of What ? », in Sen A.K. ed., *Choice, Welfare and Measurement*, Blackwell, Oxford, p. 353-369.
- SEN A.K. [1985], *Commodities and Capabilities*, Oxford University Press.
- SEN A.K. [1993], “Capability and well-being”, in M. Nussbaum and A. Sen (eds.) *The Quality of Life*, Clarendon Press, Oxford.
- SEN A.K. [1999], *Un nouveau modèle économique – Développement, justice, liberté*, Odile Jacob, Paris.
- STUTZER A., FREY B.S. [2003], “Reported Subjective Well-Being: A Challenge for Economic Theory and Economic Policy”, *Schmollers Jahrbuch*, 124, n° 2, p. 191-231.
- SUMNER L.W. [1996], *Welfare, Happiness and Ethics*, New York: Oxford University Press.
- TESCHL M., COMIM F. [2005], “Adaptive Preferences and Capabilities: Some Preliminary Conceptual Explorations”, *Review of Social Economy*, LXIII, p. 229-247.
- UBEL P.A., LEOWENSTEIN G., JEPSON C. [2003] “Whose quality of life? A commentary exploring discrepancies between health state evaluations of patients and the general public”, *Quality of Life Research*, 12, p. 599-607.
- VARELIUS J. [2003], « Autonomy, Subject-Relativity, and Subjective and Objective Theories of Well-Being in Bioethics », *Theoretical Medicine*, 24, p. 363-379.
- WAGSTAFF A. [1991], « QALYs and the Equity-Efficiency Trade-Off », *Journal of Health Economics*, 10, p. 21-41.
- WAKKER P. [1994], « Separating Marginal Utility and Probabilistic Risk Aversion », *Theory and Decision*, 36, p. 1-44.