



Le capital humain

Un indice des enjeux biopolitiques contemporains

Charlotte COLLET

Psychologue clinicienne, docteur en psychologie clinique et psychopathologie
Laboratoire Interdisciplinaire Récits, Cultures et Sociétés, UPR 3159 Université Côte d'Azur

charlotte-collet@outlook.fr

Résumé

Le projet de la Banque mondiale sur le capital humain soutient une innovation majeure dans la prise en charge institutionnelle de l'homme, que nous abordons comme un projet de *réforme du vivant* comprenant le calcul d'un indice qui s'attèle, non pas à un individu, mais à un pays, faisant monter le grade des enjeux biopolitiques. Les spéculations socio-biologico-économiques dérivées de ces calculs s'étaient sur une promotion de la santé comme « bien commun », voire comme « bien de l'humanité », influant une gestion intergouvernementale du système de santé, et ce, afin de contribuer à optimiser la productivité, et collatéralement, la croissance économique de l'ensemble des pays du monde. En partant du postulat structuraliste de l'influence des discours sur les pensées et les comportements, ces constats nous amènent à questionner l'influence de cette approche globalisante sur la conception de l'homme ainsi que sur la dynamique contemporaine du système de santé.

Abstract

Human Capital: an Indicator of Contemporary Biopolitical Issues

The World Bank's Human Capital Project supports a major innovation for the institutional management of the human, which we approach as a *Life Reform Project* involving the calculation of an index that focuses, not on an individual, but on a country, raising the biopolitical stakes. The socio-biological-economic speculations derived from these calculations are underpinned by the promotion of health as a "common good", and even a "good of humanity", influencing intergovernmental management of the healthcare system, in order to help optimize productivity, and collaterally, economic growth in all countries of the world. Starting from the structuralist premise of the influence of discourse on thought and behaviors, these findings lead us to question the influence of this globalizing approach on the conception of the human and the contemporary dynamics of the healthcare system.

Mots-clés

Capital humain – Biopolitique – Banque Mondiale – Système de santé

Keywords

Human Capital – Biopolitics – World Bank – Health System

INTRODUCTION

À l'orée du XVIII^e siècle, les avancées sociétales et techno-scientifiques précipitent le développement d'un intérêt médical et politique autour du perfectionnement de l'espèce humaine ; des ouvrages sont publiés à ce sujet (Faiguet 1763 ; Vandermonde 1756), faisant de la santé de l'individu un bien précieux, sa préservation et son optimisation : un projet d'ordre médical, politique et économique. Michel Foucault s'est penché sur les relations tissées par ces trois instances de pouvoir, relevant une progressive *politisation du vivant* mise en exergue dans son concept de

biopolitique (1975-1976), qu'il situe comme émergeant dans la deuxième moitié du XVIIIème, période au cours de laquelle se met en place une médecine de l'hygiène publique qui s'intéresse, non pas directement à l'individu, mais à la population.

La population est la cible de la biopolitique que Foucault présente comme une technologie de pouvoir visant à contrôler et agir sur le vivant ; un contrôle effectué à partir des données statistiques qui permettent de catégoriser les individus par le calcul de divers indices, comprenant les taux de natalité, morbidité, mortalité, ... conjointement à la mise en place de dispositifs ayant la capacité d'influer sur leur devenir. Ainsi s'élabore une forme d'*industrie du vivant* qui serait une entreprise post-moderne de la « bonne santé », et qui, actuellement, est en proie aux effets de la mondialisation ainsi que du néolibéralisme.

Le néolibéralisme, que nous pouvons appréhender comme une mutation perverse du classique libéralisme, « suggère que le bien-être de l'être humain repose essentiellement sur la libéralisation et le renforcement des initiatives individuelles dans un contexte institutionnel caractérisé par des droits forts à la propriété privée ainsi que par la liberté des marchés et des échanges » (Harvey 2005) ; *in fine*, il vise à instaurer un climat propice à la capitalisation en ouvrant les vannes qui, jusqu'alors, limitaient son expansion. Sa diffusion au sein des pays occidentaux a induit des modulations systémiques majeures, notamment dans le domaine de la santé où la prévalence d'enjeux financiers nous semble avoir produit une désubstantialisation de l'homme, par sa réduction à des données à la fois biologiques et économiques.

Ces données sont utilisées par les grands organismes qui façonnent le devenir du système de la santé dans le monde : l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Banque mondiale, le Fonds Monétaire International, ou encore l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). La majorité de ces institutions soutient une modélisation néolibérale de ce système, comprenant un chiffrage de l'humain que nous retrouvons poussé à son paroxysme dans le concept économique de capital humain ; initialement théorisé par deux économistes américains dans les années soixante : Théodore Schultz (1961) puis Gary Becker (1964), il s'est trouvé au centre des projets de la Banque mondiale et de l'OCDE relatifs à la productivité et la croissance économique.

Dans ce travail, notre intérêt va se porter sur le projet de la Banque mondiale paru en 2018 et intitulé : « The Human Capital Project » (World Bank 2018), dans lequel est soutenue une innovation majeure pour la prise en charge de l'homme. Ce projet, que nous abordons comme une *réforme du vivant*, comprend le calcul d'un indice du capital humain qui s'attèle, non pas à un individu, ni même à une population, mais à un pays, faisant monter le grade des enjeux biopolitiques. Les spéculations socio-biologico-économiques s'étayaient sur une promotion de la santé comme « bien commun », voire comme « bien de l'humanité », devant s'appuyer sur une gestion intergouvernementale du système de santé, et ce, afin de contribuer à l'amélioration de la productivité et croissance de l'ensemble des pays du monde.

En partant du postulat structuraliste de l'influence des discours sur les pensées et les comportements, ces constats nous amènent à questionner l'influence de cette approche globalisante sur la conception de l'homme ainsi que sur la dynamique contemporaine du système de santé. Cette dynamique tend à faire de ce système un « bien » économique, et de ce fait, un sous-système de l'économie mondiale du marché.

Pour répondre à cette hypothèse, dans un premier temps, nous poserons les jalons théoriques en reprenant les définitions de « système » et de « santé », pour en arriver à une conceptualisation générale du « système de santé ». Dans un second temps, nous aborderons la biopolitique et ses enjeux contemporains, à l'œuvre dans les récents projets élaborés autour du capital humain. L'étude de cette notion de capital humain sera le troisième temps de ce travail : nous l'envisageons comme la figure angulaire de la néolibéralisation de l'homme à partir de sa santé ; un modèle néolibéral qui, en dernière instance, sera mis en lumière par un exemple pratique qui est la prise en charge chirurgicale de l'obésité.

LE SYSTÈME POUR UNE SANTÉ GLOBALISÉE

L'étymologie grecque de « système » est *sunistenai*, traduit en français par : « placer ensemble, grouper, unir », qui s'accorde à la définition dictionnaire le désignant comme « un ensemble d'éléments, matériels ou non, qui dépendent réciproquement les uns des autres de manière à former un tout organisé » (Lalande 1926). Toutefois,

cette organisation n'est pas pérenne, en tant que « les caractéristiques de structure du système (sa masse, sa force, sa cohésion interne) vont se modifier dans le temps et dans l'espace [...] » (Teil 2000) ; sa particularité est donc sa malléabilité, son caractère évolutif, notamment par sa dépendance à un environnement qui le détermine et peut être mouvant. Dès lors, opérer une lecture de l'environnement au sein duquel il évolue permettrait de saisir les lignes de fuite qui peuvent se révéler dans le temps, car bien que structuré et porté par des objectifs, il n'a pas de continuité prédéfinie.

L'analyse du couplage *système-environnement* nous guiderait vers sa dynamique. Dans un système créé par l'homme, comme celui de la santé, les deux éléments qui nous semblent représentatifs de son environnement sont : la tendance politique – comprenant les décideurs gouvernementaux qui en chapeautent les liaisons élémentaires – et la population à qui s'adresse le système. Dès lors, sa modélisation structurelle se rapprocherait d'une arborescence où, au plus haut niveau, se trouve le politique, puis en deçà : le système et les sous-systèmes qui fonctionnent en interdépendance. Par exemple, en France, le système de santé s'appuie sur différentes sous-structures : sanitaires, médico-sociales et sociales, ambulatoires, etc. dans l'objectif d'apporter « une prise en charge globale de la personne »¹.

Cette *prise en charge globale* nous semble faire office de directive sous-jacente à la globalisation de la santé, comme le propose l'OMS dans sa définition devenue consensuelle, qui fonde le paradigme de la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (1948). Cette approche totalisante se repère dans l'utilisation du terme « complet », l'ajout de la composante « sociale », l'« absence de maladie ou d'infirmité » qui ne suffit plus désormais à attester un état de bonne santé ; ce dernier élément est particulièrement saisissant car il va à l'encontre d'une représentation communément admise qui envisage la maladie comme principale responsable de la perte de santé.

LA REPRÉSENTATION DE LA SANTÉ : UN MARQUEUR DE LA CONCEPTION DE L'HOMME

Le terme de « santé » provient du latin *sanitas*, qui nous mène à *la bonne santé du corps et de l'esprit* ; son diminutif *sanus* signifie « sain », également : « raisonnable, sensé, sage » (Pichot 2008). À partir de ces traductions étymologiques, la santé peut se définir comme *l'état sain d'un individu, comprenant à la fois son corps et son esprit*. Du côté du corps, elle s'oppose à la maladie, du côté de l'esprit, c'est la raison et la sagesse qui s'opposent à la déraison et à la folie. Cette dualité entre le *sain* et le *malsain* est à l'origine de nombreuses controverses qui seront reprises par le médecin et philosophe Georges Canguilhem dans son célèbre ouvrage : « Le normal et le pathologique » (1966).

Dans cet écrit, Canguilhem relève les apories gravitant autour de la santé, à partir de la mise en exergue des différentes approches de la maladie ; pour en citer deux : celle du positiviste Auguste Comte qui se réfère au principe de Broussais établissant que « les phénomènes de la maladie coïncident essentiellement avec ceux de la santé dont ils ne diffèrent jamais que par l'intensité » (*Ibid.*), l'envisageant du côté d'une hyper/hypo excitation tissulaire (Comte 1852), à savoir : sous l'angle du *quantitatif* ; et celle du médecin Claude Bernard qui l'aborde dans une continuité normal/pathologique (-a/dys) (1947), donc *qualitative*, mais en impliquant une variabilité des degrés qui reposerait, *in fine*, sur du quantitatif.

Pour Canguilhem, la maladie, ou plutôt sa « menace », serait « l'un des constituants de la santé », sous la perspective que « [...] l'homme sain ne devient pas malade en tant que sain. [...], car il n'est malade qu'autant que sa santé l'abandonne et en cela il n'est pas sain. [...] Sa santé est un équilibre qu'il rachète sur des ruptures inchoatives » (1966). Ces ruptures seraient inévitables, induites par une dynamique de forces contraignant l'homme à s'adapter aux besoins de son organisme, à son environnement. Cette adaptation répond au principe de l'homéostasie, faisant écho à la célèbre définition du chirurgien René Leriche : « La santé, c'est la vie dans le silence des organes » ; un silence se faisant le signe d'un état de constance tributaire de la bonne santé, la maladie étant

1. Cet extrait est tiré de la définition gouvernementale du Système de santé, disponible à l'adresse suivante : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social> (consulté le 14/07/2023).

comprise comme « [...] ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie et dans leurs occupations et surtout ce qui les fait souffrir » (1936).

L'ensemble de ces définitions met en lumière toute la complexité s'accrochant à la représentation de la santé, changeante au gré des époques et des approches. Dès lors, la consensuelle complétude bio-psycho-sociale qui caractérise la santé selon l'OMS apparaît comme profondément novatrice, et donc : révolutionnaire, d'une part, par sa distinction d'avec les représentations de la santé communément admises depuis des siècles, d'autre part, par l'impératif de complétude globale qui la sous-tend.

Cette grille de lecture ne peut manquer de produire des effets sur la conception de l'homme ainsi que sur la façon dont ce dernier est appréhendé par le médical. Nous présumons que l'un des effets majeurs est de faire primer la composante pathologique de son existence, ce qui, corollairement, décuplerait la valeur de sa santé. En effet, qui peut prétendre se situer dans cet état de « complet bien-être » ? Cette condition ne semble pouvoir être atteinte que sporadiquement, ce qui ferait de nous, la majorité du temps, des individus en état de souffrance, et donc, malades.

DYNAMIQUE DES ENJEUX BIOPOLITQUES CONTEMPORAINS

Comme le souligne l'OMS, la santé est « [...] soumise à des risques importants et imprévisibles [...] et elle ne peut pas s'accumuler comme les connaissances et compétences » qui, comme nous le verrons, font partie du capital humain ; ce qui fait d'elle un « bien inaliénable » (2000), à préserver à tout prix ! C'est ainsi que la santé apparaît sous son deuxième versant : elle est collective, comprise comme une ressource majeure pour le *bien de l'humanité*, « [...] une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États » (OMS 1946).

La santé collectivisée est l'objet de la biopolitique que Foucault présente dans ses cours au collège de France comme *une technologie de pouvoir centrée sur la population*, ce qui le conduit à la distinguer de l'anatomo-politique : celle-ci est apparue plus tôt, entre le XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècle, et il la définit comme réunissant « des techniques de pouvoir [...] essentiellement centrées sur le corps, sur le corps individuel » (1975-1976). Nous y retrouvons les méthodes de dressage, d'optimisation des capacités physiques, ainsi que la surveillance par agencements architecturaux visant à contrôler les comportements individuels – typiquement, le fameux panoptique de Bentham. Si l'anatomo-politique s'adresse à « l'homme-corps », nous dit Foucault, la biopolitique s'adresse quant à elle « [...] à l'homme vivant, à l'homme être vivant ; à la limite, si vous voulez, à l'homme-espèce » (*Ibid.*).

La combinaison de ces deux technologies de pouvoir potentialise leurs effets ; cependant, à l'ère de la mondialisation, les enjeux biopolitiques priment sur l'ensemble, nous laissant percevoir le statut particulier de « [...] la population comme problème politique, comme problème à la fois scientifique et politique, comme problème biologique et comme problème de pouvoir, [...] » (*Ibid.*). C'est à cette *population-problème* que la biopolitique s'adresse, à dessein d'entraver les dits problèmes en créant des lignes directrices pour préserver et allonger la vie, l'optimiser, du moins, instaurer des conditions optimales pour l'obtention et le maintien de la « bonne santé » allant de pair avec une perpétuation de la « bonne vie ».

C'est sous ce principe de la « bonne vie » qu'il est possible de penser la population comme faisant *problème*, et comme nous le verrons dans la partie sur le capital humain, comme faisant problème socio-économique. Toutefois, il convient d'examiner les conditions de cette bonne vie à notre époque : nous la pensons liée à cette définition de la « santé globale » véhiculée par l'OMS, qui porte en elle la lutte contre les maux qui menacent le bien de l'humanité, mais aussi le marché...

LA « POPULATION-PROBLÈME » POUR LA BIOPOLITIQUE NÉOLIBÉRALE

En suivant ce postulat, une population devrait être considérée comme problématique à partir du moment où elle dérégule le bon fonctionnement d'un système orienté vers la productivité et l'efficacité de l'*homme-espèce*, à des fins lucratives. Dès lors, un type de *population-problème* serait celui que les analyses démographiques identifient comme improductif et/ou source de pertes économiques ; sont essentiellement visées les pathologies à la croissance exponentielle et prédominantes à l'échelle mondiale, pour en citer quelques-unes : les maladies cardiovasculaires,

respiratoires et auto-immunes, les cancers, le diabète, l'obésité, les addictions, etc. Ces pathologies affectent la productivité d'un pays, et bien que « non transmissibles », certaines, comme l'obésité que nous examinons plus loin, se trouvent qualifiées d'« épidémies ».

Le statut d'épidémie fonde la puissance de la biopolitique contemporaine, par l'état d'urgence et de crise sanitaire qu'il appelle et qui confère aux systèmes mondiaux de la santé la possibilité d'agir au pied levé et d'instituer des dispositifs contraignants, voire pouvant aller à l'encontre de certains droits individuels. La gestion de la crise sanitaire de la covid-19 en Occident nous semble en avoir été un exemple probant, avec le modèle chinois comme référence : la mise en application de mesures liberticides, avec l'assentiment docile du peuple, a permis de limiter la diffusion du virus, mais semble avoir encouragé les tentations de certains pays démocratiques pour l'autoritarisme.

À l'ère où la santé du collectif semble désormais primer sur celle de l'individu, au sein des pays démocratiques, cette délicate transition ne peut fonctionner qu'en exigeant de l'individu une haute responsabilité envers sa collectivité. Ainsi, les enjeux se trouvent définis comme à la fois collectifs et individuels, orientés vers le « bien commun », notion leitmotiv qui associe le terme « bien », que nous pouvons saisir sous sa valence philosophique et économique, à celui de « commun » dans lequel se fait entendre la massification normative : le « comme-un » que cherche à atteindre la biopolitique revisitée par le néolibéralisme.

C'est sous le précepte de la norme et de la globalisation que nous envisageons l'intérêt des grands organismes pour la notion de capital humain qui, comme nous allons le voir, est utilisée pour créer des normes en accord avec des projets de performativité humaine et de rentabilité socio-économique, dans lesquels la santé tient une place primordiale.

LE CAPITAL HUMAIN : UN INDICE GLOBAL DE LA PRODUCTIVITÉ INDIVIDUELLE

Le capital humain est un concept économique² théorisé par Théodore Schultz en 1961 puis modélisé par Gary Becker trois ans plus tard. Il représente les ressources intellectuelles, cognitives et physiques acquises par un individu depuis sa naissance, qui lui ont servi à optimiser sa productivité. Son évaluation s'effectue à partir de calculs mathématiques qui définissent la rentabilité des compétences acquises, également : la force productive. Pour Becker, « l'éducation, les cours d'informatique, les dépenses en soins médicaux et les conférences [...] sont également du capital en ce sens qu'ils améliorent la santé, augmentent les revenus ou permettent à une personne d'apprécier la littérature pendant une grande partie de sa vie » (1964).

L'investissement dans des activités qui augmentent le capital humain induit parallèlement la possibilité de prétendre à une source de revenu fiable et à se délester de tâches professionnelles pénibles ; la personne étant perçue comme plus apte à entreprendre des travaux intellectuels et/ou de réflexion, ainsi qu'à transmettre de nouvelles connaissances pour augmenter le capital humain d'autres individus. Son externalité positive³ conduit Schultz à le considérer comme « le trait le plus distinctif de notre système économique [...]. Sans lui, il n'y aurait que le travail manuel dur et la pauvreté, [...] » (1961).

Toutefois, un fait important est que le capital humain ne peut être considéré comme un stock de compétences, c'est une *capital flexible* qui peut évoluer ou diminuer s'il n'est pas entretenu. En effet, les connaissances et compétences fructifient au gré des actions, et surtout, de la motivation de l'individu ; un ensemble d'éléments propice à la création d'un cercle vertueux. Par exemple, une personne se rendant à une conférence littéraire pourrait être amenée à s'intéresser à une œuvre présentée, et a posteriori, à faire des recherches à son sujet et acquérir de nouvelles connaissances et/ou centres d'intérêts, ce qui induirait, collatéralement, l'évolution d'autres capitaux.

D'après de nombreuses études, ce cercle vertueux aurait des effets bénéfiques sur la santé ; c'est du moins ce que laissent transparaître les recherches autour de l'*incorporation biologique du social* (Kriener 2005 ; Hertzman 2012 ; Blane, Kelly-Irwing & al. 2013) qui représente « la façon dont une personne incorpore biologiquement le milieu

2. Sur cette thématique, les précurseurs sont les économistes de l'École de Chicago – réputés soutenir et défendre des principes économiques néolibéraux – dont les plus connus sont Milton Friedman, Jacob Mincer et Sherwin Rosen.

3. En science économique, l'externalité désigne les effets de l'activité d'un agent sur un autre, sans qu'il y ait de compensation ni contrepartie marchande.

dans lequel elle vit, [...] incluant l'environnement physique et chimique mais aussi social et psychologique », et qui aurait une influence sur « la santé mais aussi le bien-être, l'apprentissage, les comportements tout au long de la vie » (Delpierre, Castagné & al. 2018), un ensemble de domaines faisant partie du capital humain. Cette incorporation fait consister un « gradient social de santé qui renvoie au fait que plus on s'élève dans la hiérarchie sociale meilleur est l'état de santé » (*Ibid.*). Sur ce sujet, les recherches dans le domaine de l'épidémiologie sociale et de l'épigénétique sont abondantes, car la découverte d'indices probabilistes, même *in-utero*, permettrait d'initier des dispositifs pour améliorer la condition humaine, *in fine*, pour augmenter le capital humain.

Les défenseurs des projets biopolitiques néolibéraux vantent l'intérêt des réformes pour le développement du capital humain, ce dernier prenant la valeur d'un gain pour l'humanité, comme le souligne Schultz en conclusion de son article majeur sur ce thème, citant le passage d'un ouvrage de William Faulkner : « Il y a une scène matinale dans *L'intrus dans la poussière* de Faulkner, d'un pauvre cultivateur solitaire au travail dans un champ. Permettez-moi de paraphraser cette phrase : "*l'homme sans compétences et sans connaissances penche fortement vers le néant*" » (1961). Cette aspiration vers le néant, pouvant être comprise comme le gouffre abyssal dont la plongée équivaldrait à la mort, est la conséquence du désintérêt de ce *pauvre cultivateur* pour les idéaux de progrès porteurs de la vie, ce qui l'inclurait dans la catégorie de *population-problème* pour le néolibéralisme : complaisance pour des tâches physiques pénibles et redondantes, solitude associée à une forme d'auto-suffisance, indisposition à la cupidité...

LES PROJETS DE L'OCDE ET DE LA BANQUE MONDIALE POUR LE CAPITAL HUMAIN

Depuis la fin des années 1990, l'OCDE qui est un organisme international d'études économiques et sociales qui comprend 37 pays membres, essentiellement des pays riches, s'intéresse au capital humain pour répondre à son projet de « réaliser la plus forte expansion de l'économie et de l'emploi et une progression du niveau de vie dans les pays membres [...] » (1998). Il définit le capital humain comme l'ensemble des « connaissances, qualifications, compétences et autres qualités possédées par un individu et intéressant l'activité économique », également comme ce qui « constitue un bien immatériel qui peut faire progresser ou soutenir la productivité, l'innovation et l'employabilité » (*Ibid.*). Ainsi, plusieurs paramètres constituent le capital humain, à partir de compétences appréciables selon un indice qui évalue les capacités productives et le potentiel retour sur investissement. En effet, pour l'OCDE, le capital humain est co-dépendant de l'économie : l'Organisation préconise des investissements dans le domaine de la santé, de l'éducation et dans la formation continue, des modules qui participent au développement et à l'entretien du capital humain, et ce, toute la vie durant.

C'est plus tardivement que la Banque mondiale s'est intéressée au capital humain. Historiquement, cette institution internationale a été créée à la fin de la Seconde Guerre mondiale, dans le but de venir en aide à certains pays impactés par la guerre. Par la suite, l'un de ses grands projets, toujours d'actualité, est devenu la lutte contre la pauvreté dans le monde. À ce jour, elle est l'un des organismes les plus influents dans ce domaine et multiplie ses campagnes sanitaires dans des pays en difficultés socio-économiques, notamment en Égypte avec la campagne « 100 millions de vies saines » ainsi qu'au Sri Lanka avec son projet de « centres pour une vie saine ».

C'est en 2018 que la Banque mondiale publie « The Human Capital Project », un plaidoyer pour le capital humain dont le postulat princeps est qu'« en renforçant leurs aptitudes, leur santé, leurs connaissances, leur résilience – bref, leur capital humain – les individus peuvent être plus productifs, flexibles et créatifs » (World Bank, 2018). Dans ce projet, elle présente son propre *Indice de Capital Humain* (ICH) défini comme « une mesure internationale qui permet d'évaluer les principales composantes du capital humain dans les différentes économies » (World Bank 2021) et « conçu pour décrire le niveau de capital humain qu'un enfant né aujourd'hui peut espérer atteindre à 18 ans » (2018). La teneur spéculative de l'ICH fait toute sa particularité qui est d'estimer, non pas le capital d'un individu, mais *le niveau de productivité d'un pays* à partir de l'évaluation de trois principales composantes : les chances de survie, la scolarité et la santé de sa population.

Cette échelle de mesure mondialisée lui a permis de classer 157 pays, à partir d'un ICH dont la valeur se situe entre 0 et 1. Pour donner un ordre de mesure, le classement de 2020 situe Singapour en première position avec un ICH de 0,88 ; en dernière position, nous retrouvons la République Centrafricaine avec un indice de 0,29. Quant à la

France, son indice de 0,76 lui vaut une place convenable. Nous avons regroupé ces mesures en tableau, tel que nous le trouvons dans le rapport publié en 2020 par la Banque mondiale.

L'Indice de Capital Humain et ses composantes, 2020									
Économie	Chances de survie jusqu'à 5 ans	Années de scolarité escomptées	Acquis scolaires harmonisés	Années d'une scolarité de qualité	Taux de survie à l'âge adulte	Proportion d'enfants de moins de 5 ans de taille normale	Indice de capital humain		
							Limite inférieure	Valeur	Limite supérieure
Singapour	1,00	13,9	575	12,8	0,95	–	0,87	0,88	0,89
France	1,00	13,8	510	11,3	0,93	–	0,75	0,76	0,77
République Centrafricaine	0,88	4,6	369	2,7	0,59	0,59	0,26	0,29	0,32

Les principales distinctions que nous repérons entre Singapour et la France concernent la scolarité. Pour la République Centrafricaine, les années de scolarité sont faibles et le taux de survie à l'âge adulte inférieur de plus de 30 points à Singapour, ce qui diminue considérablement les attentes en termes de productivité à l'âge adulte. Au regard du calcul de ces modalités, la République Centrafricaine s'avère le pays le moins productif du monde, par ses fortes carences relevées en matière d'éducation et de santé.

L'ICH rendrait compte de deux types de pays : le *productif* qui est en capacité de faire fructifier son activité économique et le *déficitaire* qu'il conviendrait de soutenir, voire de réformer en investissant dans des dispositifs de développement du capital humain, l'objectif étant d'établir une prise en charge institutionnelle de l'homme, et ce, dès la naissance. Toutefois, bien que l'ICH puisse orienter les placements financiers, ces derniers restent soumis aux aléas, comme la crise sanitaire de la covid-19 a pu le mettre en évidence. En conséquence, les investisseurs sont frileux, au regard des répercussions économiques qui restent spéculatives, perceptibles seulement sur le long-terme, en tant qu'« investir dans le capital humain des jeunes enfants n'est économiquement rentable qu'une fois ces enfants devenus des adultes actifs » (World Bank 2018), soit environ 20 ans plus tard. Mais pour argumenter ces indices probabilistes, la Banque mondiale fournit des cas pratiques mettant en lumière des investissements à faibles coûts avec des retombées économiques majeures ; par exemple, une étude réalisée au Kenya qui « a montré que le déparasitage des enfants réduisait les absences à l'école et accroissait le salaire à l'âge adulte de pas moins de 20 %, le tout grâce à une pilule dont la production et la fourniture coûtent 25 cents » (*Ibid.*).

Ces données nous paraissent soutenir un projet de réforme du vivant ciblant la période de l'enfance où la malléabilité physique et psychologique permet un conditionnement durable, ce qui tend à faire valoir une rentabilité des investissements dans le domaine de l'éducation, la scolarité et la santé – cette dernière composante étant considérée comme essentielle au développement du capital humain. Ces éléments nous amènent à questionner la visée de la biopolitique néolibérale qui porte les projets sur le capital humain, stimulant cette recherche de la *santé totale* qui se conjonduirait à une *rentabilité optimale*.

CAS PRATIQUE : OBÉSITÉ ET CAPITAL HUMAIN

Depuis quelques décennies, l'obésité ne cesse de s'étendre dans l'ensemble des pays du monde, et le recensement effectué par l'OMS en 2022 estime 2,5 milliards d'adultes touchés par le surpoids, dont 890 millions à un stade d'obésité. Elle est considérée comme faisant partie des pathologies non transmissibles rattachées à des facteurs

environnementaux, avec un diagnostic établi à partir du calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) qui repose sur la division de la valeur du poids en kg avec celle de la taille mise au carré. Le seuil de l'obésité correspond à un IMC égal ou supérieur à 30kg/m², la norme étant comprise entre 18,5 et 25kg/m².

Annette Dixon, vice-présidente de la Banque mondiale pour le développement humain, rend compte de l'intérêt d'investir dans le domaine de la santé, en particulier pour freiner l'essor de l'obésité. Comme elle l'énonce : « La réduction des taux de surcharge pondérale et d'obésité relève d'un bien public mondial. Lutter de manière proactive contre ce fléau contribuera de manière significative à renforcer le capital humain, à favoriser une croissance économique plus forte et à préserver la bonne santé d'une population active bien préparée pour un avenir productif » (World Bank 2020).

L'obésité est une des cibles de la Banque mondiale car elle ne cesse de croître et de s'étendre, est associée à de l'improductivité, un capital humain faible ainsi que des dépenses élevées en matière de santé ; des éléments à l'origine d'un « coût de l'obésité » évalué par l'OCDE à partir de « [...] la baisse de productivité, la morbidité ou la mortalité en termes de perte de revenus basée sur les salaires » (2019). Dans ce rapport, les mesures concernent les pays membres, ceux de l'Union Européenne (EU28) et du Groupe des 20 (G20), un total de 52 pays pour qui les frais liés à la surcharge pondérale ont été estimés à « 425 milliards de dollars PPA par an [...] » (*Ibid.*).

La répercussion de l'obésité sur le marché du travail est tout aussi conséquente, relative à une perte de « 54 millions de travailleurs à temps plein », principalement liée à « la réduction du taux de l'emploi et l'augmentation de la retraite anticipée, l'absentéisme et le présentéisme » (*Ibid.*) ; mais pour l'OCDE, la « bonne nouvelle » est que « chaque dollar dépensé pour prévenir l'obésité génère un rendement économique pouvant atteindre six dollars – ce qui fait des interventions de prévention un excellent investissement » (*Ibid.*). En conséquence, des plans d'action sont institués par les instances gouvernementales afin de lutter activement contre la menace grandissante que l'obésité fait peser sur l'économie mondiale, en étroite collaboration avec le domaine médical.

La chirurgie bariatrique : un traitement rentable de l'obésité selon l'OMS

Le premier palier pour lutter contre l'obésité est la prévention par des mesures éducatives, sanitaires et sociales qui visent à créer et/ou moduler les comportements, et ce, dès le plus jeune âge. Toutefois, la prévention a des limites, surtout à une époque où triomphe le consumérisme. Face à l'ampleur du phénomène croissant de l'obésité, l'OMS a décidé d'évaluer son traitement le plus rentable « en se basant sur le coût/kg de poids perdu », et il en est ressorti « [...] qu'au bout de 4 ans le traitement chirurgical était moins onéreux que n'importe quel autre traitement » (2003).

En France, la chirurgie bariatrique est reconnue par la Haute Autorité de la Santé comme « un traitement de deuxième intention » ne pouvant être envisagé qu'après l'échec d'une prise en charge médicale et paramédicale bien conduite sur un minimum de 6 à 12 mois (2024). Les deux techniques chirurgicales les plus pratiquées sont la *sleeve* et le *by-pass* ; elles ont en commun d'induire une restriction alimentaire par la résection de l'organe stomacal, à l'origine de modulations métaboliques permettant de provoquer une perte de poids rapide. Avec la technique du *by-pass*, l'un des bénéfices relevés par les études médicales est la rémission du diabète de type 2 dans 72,3% (Sjöström, Peltonen & al. 2014). La rentabilité économique liée à cet effet rendrait compte d'une diminution des « coûts totaux de l'obésité d'environ 3% en France, tandis qu'aux États-Unis d'Amérique, ils pourraient être minorés de près de 20% » (OMS 2003) ; toutefois, cette rentabilité n'est pas sans conséquence...

Si la chirurgie bariatrique permet une perte de poids efficace et précoce, en réponse à l'objectif médical de l'atteinte d'un IMC dans la norme – réduisant parallèlement les potentielles comorbidités –, c'est principalement par la découpe des deux tiers de l'organe stomacal, ce qui contraint le patient à une alimentation très faible en quantité, précipitant d'inévitables carences qui, sans suppléments, peuvent s'avérer létales. Une étude longitudinale menée auprès de patients opérés d'une chirurgie bariatrique depuis 10 ans ou plus relève que « la quasi-totalité des patients va développer une ou plusieurs carences dans les suites de leur intervention, ainsi qu'à long terme. Une surveillance est donc indispensable à vie, et des suppléments sont souvent aussi nécessaires à vie. Non détectées et par conséquent non substituées, certaines carences peuvent entraîner des complications sévères et irréversibles » (Mantziari, Duvoisin & al. 2018). Ainsi, bien que la personne opérée puisse ne plus être en situation d'obésité, elle peut néanmoins se trouver porteuse de pathologies liées aux carences, ces dernières étant

fréquemment associées à des troubles digestifs concomitants aux modulations organiques, des répercussions iatrogéniques insuffisamment prises en compte au regard du nombre de patients touchés.

Avant donc d'envisager une solution qui fait apparemment ses preuves sur un plan strictement biomédical, mais qui peut avoir sur l'économie de la personne des effets secondaires dont nous ne mesurons pas bien la portée, il conviendrait de repenser les fondements de ladite épidémie d'obésité. Notre pratique clinique nous a menés à percevoir l'obésité rencontrée chez certains patients comme l'effet secondaire d'un trouble de l'oralité, en relation avec des mécanismes à l'œuvre dans l'addiction (Collet, Choukroun & Ham, 2022), pathologie contemporaine également en expansion. Ce constat peut se croiser avec l'hypothèse émise par certains chercheurs d'une organisation systémique globale de l'obésité (Druzhinenko & Schmoll 2023) : c'est une pathologie de l'individu, intégrant des processus biologiques, psychologiques, relationnels et sociaux, mais aussi une pathologie de la famille (qui entretient un mode de vie et des habitudes alimentaires), et une pathologie de la société capitaliste dans son entier (ce sont aussi des intérêts économiques dans l'industrie agro-alimentaire qui produisent l'obésité).

CONCLUSION

Les systèmes de santé d'aujourd'hui représentent l'un des principaux secteurs de l'économie mondiale, et leur fonctionnement, l'un des baromètres de sa tendance politique ainsi que de sa conception générale de l'homme ; des conceptions qui diffèrent au gré des pays et des approches, et, avec la mondialisation, les particularités étatiques en matière de santé semblent s'être progressivement gommées, tout comme celles des sujets à soigner. Or, nous présumons que *faire système en matière de santé* requiert une dynamique qui ne peut se référer à l'*homme-espèce* de la biopolitique, pourtant omnipotente à notre époque. Cette tendance a pour effet de créer une politique de soin axée sur la productivité et la rentabilité, soutenant cette néolibéralisation du système qui repose sur une marchandisation de l'homme, à partir de sa santé.

Les méfaits de la tendance néolibérale et de ses projets biopolitiques résident dans cette prévalence du chiffre que nous retrouvons dans les indices et normes qui ne cessent de croître – le capital humain, l'ICH de la Banque mondiale, l'IMC pour le médical, etc. Sur le plan institutionnel, cette logique du chiffre a précipité des réformes qui, depuis quelques décennies, ont bouleversé le système de santé. Par exemple, en France, en 1996 est adopté l'*Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie*, une programmation financière plafonnant les dépenses annuelles en matière de santé et implantant une logique budgétaire à son système ; également, le plan « Hôpital 2007 » qui a vu le jour en 2004, avec comme grande mesure : la Tarification à l'Activité (T2A) ; la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » de 2009, dans laquelle la gouvernance des établissements publics de santé s'est ouverte aux administratifs.

L'implantation d'une logique bureaucratique ainsi que la prédominance de considérations budgétaires⁴ mettent en crise un système de santé au sein duquel l'homme est censé primer ; crise que nous présumons exacerbée par le référencement à des normes biologiques, économiques et chronologiques, tel que le capital humain revisité par la Banque mondiale. Sous cette perspective, l'abord de la prise en charge chirurgicale de l'obésité peut, comme nous l'avons vu, être proposé comme paradigmatique des enjeux biopolitiques contemporains, faisant office de traitement d'une pathologie aux coûts sociétaux élevés ayant des effets sur le capital humain des personnes opérées. Toutefois, les enjeux socio-économiques que suggèrent certaines réformes et/ou traitements soulèvent aussi des questions déontologiques et éthiques sur le vivant qui, pourtant, continuent de rester sous silence.

Bibliographie :

- Becker G. (1964), *Human Capital, A Theoretical and Empirical Analysis*, New-York, Columbia University Press for the National Bureau of Economic Research.
- Bernard C. (1947), *Principes de médecine expérimentale*, Paris, PUF.

4. Les méthodes de management qui en découlent manquent à considérer la qualité des soins, par la réduction du temps de présence du soignant au chevet du malade, comptabilisé en un temps standard équivalent à un acte (T2A).

- Blane D., Kelly-Irving M., Errico A., Bartley M., Montgomery S. (2013), Social-biological transitions: how does the social become biological? *Longitudinal and Life Course Studies*, 4, p. 136-146. DOI : <https://doi.org/10.14301/llds.v4i2.236>
- Canguilhem G. (1966), *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, Galien.
- Collet C., Choukroun J., Ham M. (2022), De la compulsion à l'addiction. Enjeux psychiques du symptôme dans l'obésité, *Figures de la psychanalyse*, 44, p. 197-208. DOI : <https://doi.org/10.3917/fp.044.0197>
- Comte A. (1852), *Système de politique positive*, t. II, chap. V. Paris, Société Positiviste, 1929.
- Delpierre C., Castagné R., Lang T., Kelly-Irving M. (2018), Environnement social, incorporation biologique et inégalités sociales de santé, *Médecine/sciences*, 34, 8-9, p. 740-744. <https://doi.org/10.1051/medsci/20183408023>
- Druzhinenko-Silhan D. & Schmoll P. (2023), L'enfant obèse et sa famille : une approche homéodynamique, *Cahiers de systématique*, 3, p. 5-8. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.8196837>
- Faiguier de Villeneuve J. (1763), *L'Économie politique. Projet pour enrichir et pour perfectionner l'espèce humaine*, Paris, Moreau.
- Foucault M. (1975-1976), *Il faut défendre la société, Cours au Collège de France*, Paris, Le Seuil, Gallimard, 1997.
- Foucault M. (1978-1979), *Naissance de la bio-politique, Cours au Collège de France*, Paris, Le Seuil, Gallimard, 2004.
- Foucault M. (1983), À propos de la généalogie de l'éthique : un aperçu du travail en cours, texte n° 326, *Dits et Écrits*, Tome IV, 1980-1988, Paris, Gallimard, 1994, p. 182-201.
- Harvey D. (2005), *A Brief History of Neoliberalism*, Oxford University Press.
- Haute Autorité de la Santé. (2024), *Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie II : pré et post-chirurgie bariatrique*, février 2024, HAS.
- Hertzman C. (2012), Putting the concept of biological embedding in historical perspective, *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 109, p. 17160-17167. DOI : <https://doi.org/10.1073/pnas.1202203109>
- Krieger N. (2005), Embodiment: a conceptual glossary of epidemiology, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, p. 330-355. DOI : <https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562>
- Lalande A. (1926), *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris, Alcan.
- Leriche R. (1936), L'être humain : santé et maladie, *Encyclopédie française*, t. VI, Paris, Comité de l'Encyclopédie française.
- Mantziari S., Duvoisin C., Demartines N., Favre L., Suter M. (2018), Résultats à long terme (≥ 10 ans) après chirurgie bariatrique : revue de la littérature, *Revue Médicale Suisse*, 4, 599, p. 636-640. DOI : <https://doi.org/10.53738/REVMED.2018.14.599.0636>
- OCDE Organisation de Coopération et de Développement Économique (1998), *L'investissement dans le capital humain : Une comparaison internationale*, Paris, OCDE.
- OECD Organization for Economic Co-operation and Development (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, Paris, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- OMS Organisation Mondiale de la Santé (1948), Préambule à la constitution de l'organisation mondiale de la santé, *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, n°2, Genève, OMS.
- OMS Organisation Mondiale de la Santé (2000), *Rapport sur la santé dans le monde : pour un système de santé plus performant*, Genève, OMS.
- OMS Organisation Mondiale de la Santé (2003), *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS*, OMS, World Health Organization.
- Pichot A. (2008), La santé et la vie, *Philosophia Scientiæ*, Kimé, Tome 12/2, p. 7-34.
- Schultz T.-W. (1961), Investment in Human Capital, *The American Economic Review*, 51, 1, p. 1-17.
- Sjöström L., Peltonen M., Jacobson P., Ahlin S., Andersson-Assarsson J., Anveden Å., Bouchard C., Carlsson B., Karason K., Lönroth H., Näslund I., Sjöström E., Taube M., Wedel H., Svensson PA., Sjöholm K., Carlsson LM. (2014), Association of bariatric surgery with long-term remission of type 2 diabetes and with microvascular and macrovascular complications, *Journal of the American Medical Association*, 311, 22, p. 2297-304. DOI : <https://doi.org/10.1001/jama.2014.5988>
- Teil A. (2000), Qu'appelle-t-on système de soins ? *ADSP, Organisation, décision et financement du système de soins*, HCSP, 33, p. 26-27.
- Vandermonde C. A. (1756), *Essai sur la manière de perfectionner l'espèce humaine*, Paris, Vincent.
- Vignolles B. (2012), Le capital humain : du concept aux théories, *Regards croisés sur l'économie*, 12, p. 37-41.
- World Bank (2018), *The Human Capital Project*, Washington DC, World Bank.
- World Bank (2020), *L'enjeu de la lutte contre les maladies non transmissibles pour le capital humain, la croissance économique et la santé de la population active*, <<https://www.banquemondiale.org/fr/news/immersive-story/2020/02/06/tackling-worlds-deadliest-diseases-can-boost-healthy-workforce-and-economic-growth>>
- World Bank (2021), *Human Capital Index 2020 Update : human capital in the time of covid-19*, Washington DC, World Bank.