

Economie de la santé

La santé au prisme de l'analyse économique

Ce cours vous est proposé par Jérôme Wittwer, professeur des universités en économie, Université de Bordeaux, et AUNEGe, l'Université Numérique en Économie Gestion.

Table des matières

Préambule.....	2
Les grands principes de l'analyse économique.....	2
La dimension normative de l'analyse économique	3
La rationalité en question	6
Le rôle du marché.....	8
Les spécificités du marché des soins	10
Santé et soins.....	10
Un bien spécifique	11
Une offre répondant à des motivations complexes.....	11
Un marché peu concurrentiel.....	12
Un risque difficilement assurables	12
Des objectifs normatifs spécifiques	14
Une forte régulation et des choix collectifs	15
Références	17

Préambule

Objectifs d'apprentissage : assimiler les principes fondamentaux de l'analyse économique et appréhender les questions posées par leur application au champ de la santé.

Les grands principes de l'analyse économique

Paul Samuelson¹, l'un des plus grands économistes du XXème siècle, définit la science économique ainsi :

« L'économie étudie la manière dont les individus et la société choisissent, avec ou sans recours à l'argent, d'utiliser des ressources productives rares qui pourraient avoir d'autres utilisations, afin de produire divers biens et de les distribuer pour la consommation, maintenant ou à l'avenir, entre différentes personnes et différents groupes de la société ».

L'allocation des ressources (financières, matérielles et humaines) concerne aussi bien les processus de production des biens et services que leur distribution entre les individus d'une société. Elle concerne aussi bien les individus que la société. La question même de l'allocation des ressources (comment l'économie répartit-elle les biens produits entre les individus et comment les ressources productives sont allouées aux entreprises ?) présuppose que ces ressources sont rares et peuvent être utilisées à différents usages. Les économistes parlent également de science de l'arbitrage (ou du choix), qui analyse l'allocation des ressources réalisée par les acteurs économiques (entreprises, ménages, administrations et État) entre différentes utilisations possibles dans un environnement contraint par la rareté. L'analyse est conduite aussi bien au niveau macroscopique d'une économie dans son ensemble (on parle d'analyse macroéconomique), qu'au niveau d'un secteur d'activité (on parle d'analyse mésoéconomique) qu'au niveau des acteurs eux-mêmes (on parle alors d'analyse microéconomique).

¹ "Economics is the study of how people and society end up choosing, with or without the use of money, to employ scarce productive resources that could have alternative uses, to produce various commodities and distribute them for consumption, now or in the future, among various persons and groups in society." (Samuelson et al 1976)

La dimension normative de l'analyse économique

L'analyse économique s'ancre dans l'héritage libéral de la discipline qui conçoit l'organisation d'une société comme devant permettre aux individus de poursuivre librement leurs fins. Cette idée, banale aujourd'hui, marque en son temps une révolution intellectuelle majeure qui est celle du siècle des Lumières et des économistes libéraux du XVIIIe siècle puis de ceux du XIXe siècle, comme John Stuart Mill, tentant de réconcilier la veine libérale et la veine utilitariste de la pensée économique de son temps (Cléro 2001).

Dans l'analyse économique moderne, cet ancrage historique se cristallise dans la notion de **préférences individuelles**. Les arbitrages économiques d'un individu (consommation, épargne, travail) sont supposés être le reflet de la satisfaction de ses préférences ou encore de la maximisation de son utilité. Maximisation de l'utilité ou satisfaction des préférences sont ainsi des expressions équivalentes. Il ne faut pas entendre le mot « utilité » au sens fort du terme renvoyant à une utilité objective. Il s'agit d'une utilité subjective rendant compte de comportements individuels qui ne sont pas nécessairement objectivement favorables aux individus. Dans le domaine de la santé, ce point est très important puisque les comportements des individus ne sont pas, à l'évidence, toujours favorables à leur santé. Ceci peut entraîner des incompréhensions relativement à l'usage fait du terme « utilité » dans l'analyse économique des comportements, en matière de santé tout particulièrement.

L'utilité individuelle mesure ainsi le niveau de satisfaction des préférences. L'objectif de l'organisation d'une économie ou d'un système de santé est de satisfaire au mieux les préférences des individus ou encore de maximiser leurs utilités. C'est cet objectif qui est qualifié d'objectif « welfariste » en référence au bien-être des individus, compris comme la satisfaction de leurs préférences subjectives.

La question de l'agrégation des utilités individuelles se pose alors : comment les agréger pour construire un critère permettant de guider les politiques publiques ? Certains économistes du XIXe siècle ont eu comme ambition de parvenir à une mesure cardinale de l'utilité permettant de sommer les utilités individuelles et de construire ainsi un critère de choix collectif. L'objectif de maximiser la somme des utilités individuelles répond au nom d'**utilitarisme**.

Au début du XXe siècle, cette ambition a été progressivement abandonnée. Les travaux de Vilfredo Pareto ont conduit les économistes à considérer les préférences individuelles - et donc l'utilité individuelle - comme strictement ordinales, c'est-à-dire ne pouvant donner lieu à une mesure cardinale qui autoriserait des comparaisons interindividuelles. Ceci conduit à renoncer à agréger les préférences individuelles et à renoncer ainsi au critère utilitariste (Gamel 2010).

L'approche ordinaliste de Pareto conduit à un critère normatif minimaliste qui porte son nom, le critère **d'efficacité au sens de Pareto**, qui revêt une importance toute particulière dans l'analyse économique des politiques publiques : ce principe énonce **qu'une allocation des ressources est optimale, ou efficace au sens de Pareto, s'il est impossible de trouver une autre allocation possible des ressources qui augmente l'utilité de tous les individus**. Cette définition ne dit rien de l'équité de l'allocation des ressources, c'est en quelque sorte une définition qui associe l'efficacité à l'absence de gâchis. On parle aussi **d'efficacité allocative**.

On rencontre une déclinaison de cette définition pour décrire les situations d'allocation des ressources dans un secteur d'activité particulier. On parlera, par exemple, d'efficacité de l'allocation des ressources du système de santé s'il est impossible de réallouer ces ressources pour améliorer la santé de tous. Par exemple, les examens médicaux inutiles pour la santé des patients sont source d'inefficacité. On pourrait utiliser les ressources (humaines et financières) dédiées à ces examens à d'autres prises en charge plus efficaces pour la santé.

On parle **d'efficacité productive**. L'efficacité productive est nécessaire à l'efficacité allocative, mais elle n'est pas suffisante. On peut ainsi considérer que les dépenses du système de santé sont trop (ou pas assez) importantes, même si le système de santé est efficace au sens de l'efficacité productive. La bonne utilisation des ressources dans le système de santé ne dit rien sur le bon niveau des dépenses consacrées à la santé : les individus pourraient voir leur utilité augmenter avec moins (plus) de dépenses publiques consacrées aux soins (et donc plus de dépenses consacrées aux autres biens que les soins).

Ces définitions d'efficacité sont très utiles mais peu opérationnelles et ne permettent pas de prendre en considération les questions distributives, c'est-à-dire relatives aux inégalités. C'est pour cette raison que les travaux d'évaluation économique des politiques publiques se sont tournés vers l'utilisation de métriques monétaires pour rendre compte des utilités individuelles. Ces évaluations monétaires permettent alors de considérer la somme des gains induits par une politique publique, mais également la distribution de ces gains. Dans le champ de la santé, l'usage est plutôt d'évaluer les gains en santé d'une politique à l'aide une métrique sanitaire, ou de qualité de vie liée à la santé. Les gains en santé sont traduits en valeur monétaire dans un deuxième temps et confrontés au coût de la politique mise en œuvre.

L'approche normative des économistes conduit à **deux considérations principales** dans le champ de la santé.

Premièrement, pour les économistes, la santé n'est considérée que comme une dimension parmi d'autres du bien-être individuel, qui est le critère dernier de l'évaluation de l'action publique pour un économiste. C'est un point de tension important entre les économistes

s'intéressant au champ de la santé et les professionnels de la santé. Cela conduit à dire qu'individuellement nous faisons tous des arbitrages qui ne sont pas favorables à notre santé même si nous sommes parfaitement informés des conséquences de nos actes. Ainsi, l'action publique ne peut pas être entièrement et uniquement tournée vers la maximisation de la santé au risque de contrevenir aux préférences individuelles et donc à un objectif welfariste de maximisation du bien-être.

Deuxièmement, l'approche normative des économistes place le critère d'efficacité allocative, d'efficacité au sens de Pareto, comme premier. Cette approche peut ainsi justifier une distribution inégalitaire des ressources si elle profite aux plus défavorisés.

Le graphique ci-dessous permet d'illustrer ce constat en nous plaçant dans le cadre restreint du système de soins.

Imaginons que le système de soins conduise à déterminer l'espérance de vie entre deux sous-populations (A en ordonnées et D en abscisse). La courbe sur le graphique 1 représente les espérances atteignables pour les deux populations en fonction de l'utilisation qui est faite des ressources du système de santé (à chaque point de la courbe correspond une organisation spécifique du système de santé). La situation égalitaire (E sur la courbe) n'est pas efficace au sens de Pareto, on peut en effet trouver sur la courbe des situations qui augmentent l'espérance de vie des deux groupes. Un objectif welfariste redistributif conduira à lui préférer la situation P qui est efficace au sens de Pareto (en P les espérances de vie des deux populations sont plus élevées qu'en E), et qui, parmi les situations efficaces (partie décroissante de la courbe entre C et P), maximise l'espérance de vie de la population la plus défavorisée, c'est-à-dire la population A ; le point P est défini par le sommet de la courbe, c'est-à-dire le point qui maximise l'espérance de vie de la population A. Le choix de cette situation relève plus précisément d'un objectif dit rawlsien du nom du philosophe libéral américain John Rawls dont le **principe de différence** énonce que les inégalités ne sont justifiables que si elles profitent aux plus désavantagées.

Ce principe est aussi connu sous le nom de « **maximin** » : on cherche à maximiser l'utilité du plus désavantagé, plus précisément ici l'espérance de vie du groupe le plus désavantagé.

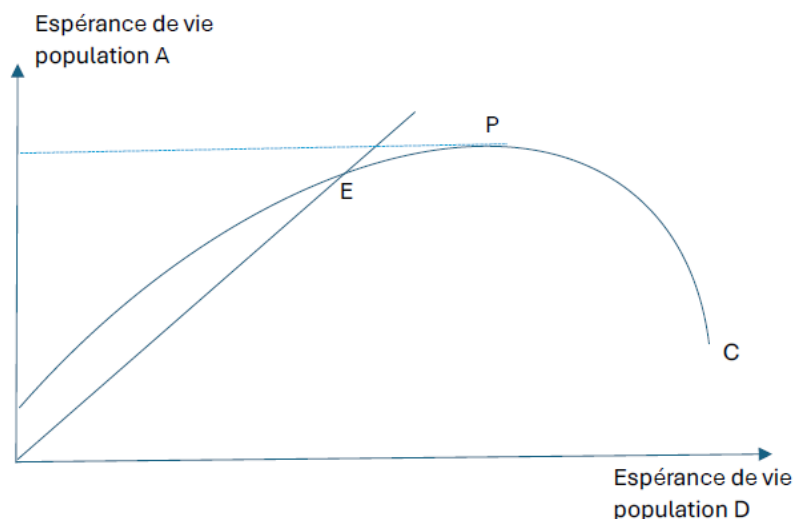


Figure 1 : frontière des possibles et optimum de Pareto

Il est important de garder à l'esprit, c'est toute la spécificité de l'analyse économique, que la dimension normative de l'analyse économique est fondamentalement intriquée à sa dimension positive qui voit dans les préférences individuelles un outil heuristique efficace pour rendre compte des comportements d'arbitrage des acteurs économiques (entreprises et ménages) et non seulement une représentation du bien-être individuel.

La rationalité en question

Pour les économistes, les comportements de consommation, d'offre de travail et de production peuvent se comprendre comme la conséquence de choix sous contraintes. Les consommateurs maximisent leurs utilités compte tenu de leurs contraintes, de revenus en particulier, et les entreprises maximisent leurs profits en intégrant les contraintes techniques de production. C'est une forme très stricte du cadre d'analyse relevant de la **rationalité instrumentale fins-moyens** (Mongin 2002).

Ce cadre d'analyse a été beaucoup discuté au regard de son côté radical. En particulier quand il s'agit de rendre compte des comportements des individus dont il est parfois difficile d'admettre qu'ils relèvent d'une forme de rationalité forte, dans le domaine de la santé en premier lieu. Il faut néanmoins garder à l'esprit que ce cadre d'analyse des économistes ne présuppose pas nécessairement que les individus soient en capacité de rendre compte de leurs actions de manière rationnelle, mais simplement que l'on puisse les analyser et les anticiper ainsi. C'est la thèse du « **comme si** » défendue par Milton Friedman qui juge que la vraisemblance des hypothèses n'est pas un bon critère, le seul critère serait celui de la

capacité des hypothèses à construire des modèles efficaces, c'est-à-dire en capacité de prévoir les comportements (voir Ménard 2005, pour une discussion critique).

Depuis plus de 30 ans, l'hypothèse de la rationalité a été profondément remise en question dans la discipline, notamment à la suite des travaux des prix Nobel d'économie Daniel Kahneman et Amos Tversky. Ces auteurs, et beaucoup d'autres, ont mis en évidence que les comportements des acteurs économiques s'éloignaient des modèles de rationalité les plus stricts mobilisés par les économistes. Ils ont ainsi été montrés que les individus valorisaient plus la gain que la perte (alors que le modèle traditionnel suppose que la valeur donnée à un objet par un individu est la même qu'il possède ou non cet objet), que confrontés à un choix dans un univers incertain les individus déformaient les probabilités (donnant trop d'importance aux probabilités faibles notamment) ou encore qu'ils étaient incohérents temporellement c'est-à-dire qu'ils changeaient d'avis quand l'échéance de la décision approchait. De très nombreux travaux ont également mis en évidence des biais cognitifs pouvant, par exemple, conduire les individus à privilégier l'information qui confirme leur *a priori* plutôt que celle qui les remet en question, ou encore à surestimer leurs capacités de contrôle sur les événements (Kahneman 2012).

Cette révolution de l'économie comportementale, qui a rapproché les économistes d'autres sciences du comportement (psychologie et sciences cognitives notamment), a été particulièrement fructueuse dans le domaine de la santé dans lequel l'hypothèse de rationalité stricte des économistes pouvait se heurter à l'évidence des observations (Galizi et al 2018). Nous en discutons plus bas.

Cette évolution pragmatique de l'analyse économique des comportements acceptant de tordre le modèle de rationalité le plus stricte pour mieux rendre compte de la réalité des arbitrages économiques des individus conduit cependant à interroger la dimension normative de l'analyse économique. Cela remet potentiellement en question l'efficacité du marché qui est conditionnée au fait que les comportements des individus reflètent réellement leurs intérêts bien compris. Si, au contraire, les comportements sont le reflet d'incohérence ou de biais cognitifs, l'efficacité du marché s'évanouit.

Pour bien comprendre ce point, revenons sur l'analyse standard que font les économistes des interactions sur un marché.

Le rôle du marché

Les économistes s'intéressent depuis toujours à comprendre comment se forme la valeur d'échange d'un bien, c'est-à-dire comment se forme son prix. Le prix d'un bien pour un économiste est le prix d'équilibre, c'est-à-dire celui qui égalise la demande et l'offre.

La quantité demandée par un individu sera celle qui égalise sa disposition à payer au prix du marché. En effet, si sa disposition (marginale) à payer, ce qu'il est prêt à payer au maximum pour acquérir une unité supplémentaire du bien considéré, est supérieure au prix, il sera encouragé à augmenter sa consommation puisqu'il est prêt à payer plus que le prix de marché ; il peut donc augmenter son utilité en augmentant sa consommation. Inversement, si sa disposition à payer est inférieure au prix, il aura intérêt à diminuer sa consommation. Symétriquement, côté offre, les entreprises ont intérêt à augmenter leur production dès lors que le coût (marginal) de production est inférieur au prix du marché, puisqu'elles gagneront plus que cela ne leur coûte à produire plus. Le coût marginal de production est en effet le coût de produire une unité supplémentaire du bien considéré. Si ce coût est inférieur au prix de marché, l'entreprise dégage un profit en produisant plus. Inversement, si le coût marginal de production est supérieur au prix de marché, l'entreprise a intérêt à réduire sa production.

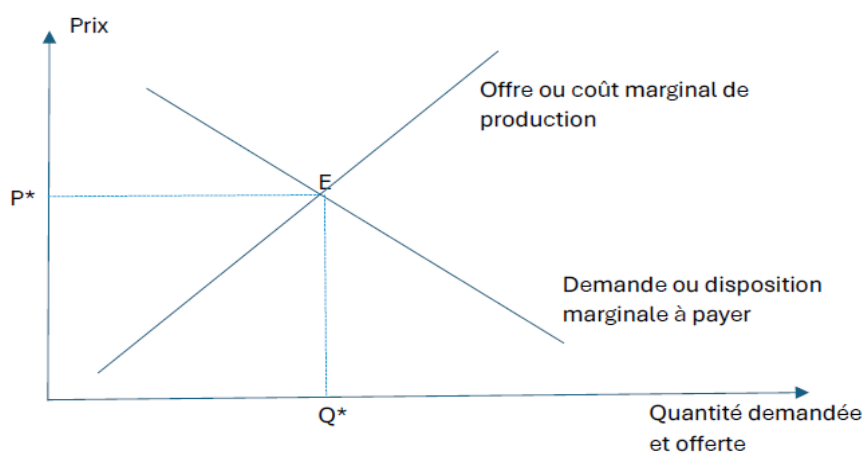


Figure 2 : équilibre de marché

On peut considérer, comme sur la figure 2, que sur un marché la demande d'un bien diminue avec le prix alors que l'offre augmente avec le prix. Côté demande, plus le prix augmente, moins il y a de consommateurs prêts à payer le prix pour consommer une unité supplémentaire du bien considéré. Côté offre, on fait l'hypothèse que le coût marginal de production augmente avec la quantité produite, au moins à court terme à partir d'un certain niveau de

production (par exemple parce qu'il va falloir investir dans l'outil de production pour pouvoir augmenter la production).

Le prix d'équilibre est donc celui qui égalise la demande à l'offre, P^* , correspondant au point E et la quantité Q^* sur la figure 2. Ce prix égalise la disposition marginale à payer des consommateurs au coût marginal des producteurs. Cette identité est remarquable parce qu'elle définit pour les économistes un **optimum social** (une allocation des ressources efficace au sens de Pareto). En effet, dans cette situation, ce que sont prêts à payer les consommateurs pour consommer plus est égal au coût de production nécessaire pour augmenter la production. Ce coût marginal de production reflète en fait le coût social de production, c'est-à-dire combien ça coûte à la société tout entière de produire plus, dès lors que l'on fait l'hypothèse que les entreprises minimisent leur coût, donc font au mieux pour réduire les coûts, ce qui est une conséquence de l'hypothèse de rationalité des acteurs économiques². Ainsi, à l'équilibre sur le marché, la valeur subjective donnée par les individus au bien considéré (la disposition marginale à payer) est égale au coût social de production : produire plus signifierait produire à un coût inférieur à ce que les individus sont prêts à payer, produire moins signifierait produire moins que ce que les individus sont prêts à payer.

Cette représentation idéal-typique d'un équilibre de marché et de son optimalité est structurante pour l'analyse économique comme situation théorique de référence. Néanmoins, l'analyse des marchés conduit le plus souvent les économistes à s'éloigner de cette représentation qui repose sur des hypothèses radicales de concurrence mais aussi de rationalité des choix pour soutenir l'interprétation normative de l'équilibre. L'optimalité de l'équilibre de marché repose en particulier sur l'hypothèse que les producteurs sont « preneurs de prix », c'est-à-dire qu'ils n'ont pas d'influence directe sur le prix de marché, ce qui est très éloigné de la réalité de nombreux marchés, des marchés des soins par exemple. Nous en discutons plus bas.

Plus fondamentalement, le cas du marché des soins s'éloigne radicalement de ce modèle en raison de la nature des soins comme bien de consommation comme nous en discutons dans les autres chapitres du cours d'Économie de la Santé.

² Ceci renvoie à la fameuse métaphore de la **main invisible** d'Adam Smith, les producteurs en poursuivant des objectifs égoïstes (la maximisation du profit) en font profiter l'ensemble de la société puisque cela les conduit à utiliser le moins de ressources possibles pour produire les quantités de biens qu'ils mettent sur le marché. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/les-chemins-de-la-philosophie/la-main-4-4-la-main-invisible-adam-smith-2606603>.

L'hypothèse forte de rationalité des choix quand il s'agit de s'intéresser aux parcours de soins des individus, qui dépend tout autant des orientations des professionnels de santé que des choix éclairés des patients, est le plus souvent très discutable. À l'évidence, le marché des soins s'éloigne radicalement de l'idéal-type du marché de concurrence pure et parfaite des économistes. Il n'en demeure pas moins une référence structurante de l'analyse économique des marchés et donc de celui des soins également.

Les spécificités du marché des soins

L'article de Kenneth Arrow (1963), considéré comme l'article fondateur de l'économie de la santé en tant que champ spécifique de l'analyse économique, détaille les raisons qui éloignent les soins des hypothèses habituelles présidant à l'analyse des marchés concurrentiels. Il insiste sur la nature spécifique des soins comme bien de marché tant du point de vue de la demande que du point de vue de l'offre.

Nous reprenons ici librement les arguments développés dans cet article fondateur ainsi que quelques autres. Cela nous permettra d'annoncer les chapitres de ce cours d'Économie de la Santé qui viendront approfondir chaque point que nous soulevons ici très brièvement.

Santé et soins

En premier lieu, les soins ne sont pas demandés pour eux-mêmes (ils ne procurent pas d'utilité *per se*) mais pour l'effet qu'ils peuvent avoir sur la santé. Comme nous l'analyserons plus tard, les soins sont un **bien d'investissement** ayant pour objectif de préserver son **capital santé**, source immédiate d'utilité.

Naturellement, la préservation du capital santé ne passe pas que par les soins, et certainement monétairement par les soins, mais par un ensemble de comportements favorables à la santé, mais aussi, et surtout, par les conditions de vie auxquelles sont confrontés les individus, sans parler des aléas bien entendu. Le modèle de capital santé (Grossman 1972) proposé par les économistes conduit à analyser les comportements favorables à la santé, demande de soins mais plus largement tout type de consommation en lien avec la santé, comme le résultat d'arbitrage temporel entre préservation de son capital santé et satisfaction immédiate.

La demande de soins se conçoit ainsi dans un cadre plus général d'investissement pour sa santé. Aujourd'hui, les économistes de la santé reconsidèrent ce modèle d'investissement en capital santé pour interroger la rationalité des choix des individus. La demande de soins et les comportements favorables ou défavorables à la santé sont spécifiquement concernés par les

biais cognitifs et défauts de rationalité étudiés en économie comportementale comme nous l'avons discuté plus haut (Galizi et al 2018). Les soins sont pour cette raison également un bien particulier.

Un bien spécifique

La santé est un bien particulier car il n'est pas possible, pour le patient, de connaître a priori les effets des soins sur sa santé et son bien-être. Il peut progressivement acquérir de l'information sur la qualité des soins des professionnels qu'il consulte, on parlera de **bien d'expérience**, ou devoir s'en remettre complètement à leurs expertises, on parlera alors de **bien de confiance** parce que le patient n'a pas accès à l'information sur la qualité des soins prodigués.

Dans une telle situation, le parcours de soins d'un patient est guidé par les professionnels de santé et le rôle du patient est réduit à l'initiation de l'épisode de soins. On est loin d'un marché sur lequel le consommateur déterminerait, au seul regard de ses préférences et en pleine connaissance de la nature et de la qualité du bien, la quantité consommée en fonction du prix du service.

On est donc également éloigné d'un marché concurrentiel sur lequel les offreurs de services seraient contraints de pratiquer les prix les plus bas possibles. Les marchés de services de soins sont des marchés très imparfaits, dans lesquels les patients sont pour partie captifs. De nombreux travaux ont ainsi montré que l'efficacité de la concurrence sur le marché des soins pour maintenir des prix modérés est très imparfaite.

Une offre répondant à des motivations complexes

Si la demande de soins répond à une rationalité certainement beaucoup plus complexe que celle du modèle de rationalité instrumentale des économistes, l'offre de soins est également une activité de production de services très particulière. Les professionnels de santé ont pour première motivation d'améliorer la santé des patients dont ils ont la charge. On parle de **motivations intrinsèques**. Le comportement d'offre de services d'un professionnel de santé, qu'il exerce au sein d'un établissement ou dans le cadre d'un exercice libéral, ne peut se résumer à un comportement de maximisation du profit ou de son utilité comme dans le modèle simple des économistes. Ceci ne veut pas dire pour autant que les incitatifs économiques n'aient aucun impact sur les comportements d'offre de soins d'un médecin ou d'un établissement de santé même public ou à but non lucratif. On parle de **motivations extrinsèques** pour rendre compte des motivations des professionnels de santé liées à leur propre satisfaction. Les motivations extrinsèques des professionnels de santé participent à une réalité à prendre en compte pour analyser les marchés des soins ou plus généralement la

production de services de soins et le recours aux soins des usagers. Les modes de rémunération et les conditions de travail vont contribuer à déterminer la quantité et la qualité des services délivrés par les professionnels. Mais la réalité complexe des motivations qui guident les professionnels de santé fait de l'analyse économique des comportements des professionnels de soins une analyse très spécifique, bien différente de celle qui peut être conduite sur d'autres marchés.

Un marché peu concurrentiel

Pour que le marché des soins soit un marché concurrentiel, il est nécessaire non seulement que la demande de soins puisse s'exprimer en pleine connaissance de la qualité des soins offerts et des prix pratiqués, mais également que la concurrence entre les offreurs de soins soit suffisante. Cela nécessite que le nombre d'offeurs sur un territoire soit suffisant pour permettre aux patients de choisir leurs professionnels de santé au regard de la qualité du service et de son prix.

Cette situation de concurrence sur l'offre n'est pas toujours observée pour les établissements de santé en raison de la gestion étroite de l'offre par le régulateur qui cherche à garantir la qualité des soins. Ceci conduit à une offre parfois réduite dans certains territoires ou peu concurrentielle en raison de la spécialisation des établissements. La performance des établissements hospitaliers en termes de qualité des soins et dans une certaine mesure d'efficacité économique, est souvent croissante avec la taille de l'établissement (en tous les cas jusqu'à une certaine taille), on parle de **rendements d'échelle croissants**. En conséquence, sur des territoires peu denses en population, il peut être efficace (en termes d'efficacité productive) de réduire drastiquement le nombre d'établissements, ce qui a un impact en rebond sur l'intensité de la concurrence³.

Concernant la médecine de ville, la liberté d'installation en France conduit à une très grande variabilité de la densité de médecins. Cette variabilité se traduit pour certains territoires par une offre faible, ou très faible, de médecins, ce qui annihile toute forme de mécanisme concurrentiel.

Un risque difficilement assurables

La demande de soins répond à des besoins de soins qui sont la conséquence d'évènements de santé a priori non prévisibles. En d'autres termes, les consommations de soins sont liées à **un**

³ Ecouter la table ronde des Jeco 2023 : <https://www.touteconomie.org/conferences/regulation-de-lhopital-quelle-place-pour-la-concurrence-video-disponible>

choc de santé. Elles répondent à **un risque** inégalement distribué dans la population : certains tombent malades et pas d'autres. Pour couvrir les risques financiers liés à une dégradation de leur état de santé, on peut imaginer d'organiser un marché de l'assurance qui permette aux individus, comme pour d'autres risques, de se couvrir contre ce risque en souscrivant des contrats d'assurance.

Les difficultés pour organiser efficacement de tels marchés sont nombreuses ; la première d'entre elles tient au fait que les risques sont cumulatifs : être malade à un moment donné peut augmenter la probabilité de recourir aux soins plus tard. Ceci est une évidence pour les maladies chroniques, une fois la maladie diagnostiquée, le recours aux soins va s'établir à un niveau plus élevé dans la durée. Un marché de l'assurance maladie qui conduit les individus à renouveler annuellement leur contrat d'assurance ne permet pas de couvrir le risque de devenir un mauvais risque, c'est-à-dire de voir sa probabilité de recourir fréquemment aux soins augmenter durablement. En effet, à mesure que le risque augmente, la prime d'assurance va augmenter. L'assureur va déduire le risque futur de forte consommation de l'observation des soins consommés aujourd'hui (comme c'est le cas sur d'autres marchés de l'assurance). Par ailleurs, proposer des contrats de longue durée serait très hasardeux pour les assureurs qui seraient confrontés au risque de n'attirer que les individus ayant réellement des risques importants. On parle de mécanismes d'antisélection, seules les personnes avec un risque important s'assurent.

Plus largement, les assureurs sur un marché de l'assurance en concurrence vont s'efforcer de sélectionner les risques pour éviter les individus ayant des risques de santé élevés. Ces comportements de sélection interdisent de mutualiser les risques parmi tous les individus, ou, dit autrement, de couvrir le risque de devenir un mauvais risque.

Pour faire face aux difficultés d'organiser une couverture efficace des consommations de soins on rencontre deux grands types d'organisation : un **payeur unique** (l'Etat comme en Grande-Bretagne ou une assurance maladie unique comme en France) qui permet une mutualisation de tous les risques sans risque de sélection, ou des systèmes à **payeurs (assureurs) multiples** (comme aux Pays-Bas ou en Allemagne) en concurrence avec des systèmes de régulation très contraignants pour éviter les comportements de sélection des risques par les assureurs.

Proposer une organisation du financement des soins qui couvre le risque de devenir un mauvais risque et donc ainsi de mutualiser l'ensemble des risques relève en fait d'un objectif propre à la nature même du risque couvert, c'est-à-dire le risque financier lié aux chocs de santé. C'est une particularité du marché des soins ou du financement des soins qui en fait est liée aux objectifs éthiques que s'impose le régulateur.

Des objectifs normatifs spécifiques

Au-delà des objectifs d'efficacité, l'organisation du financement des soins, c'est-à-dire de la couverture du risque financier lié aux chocs de santé, répond dans la plupart des pays à des objectifs d'équité propres à la nature des risques liés à la santé.

Les objectifs normatifs, en termes d'équité, poursuivis par la plupart des systèmes de financement des soins répondent à deux principes. L'un est relatif à l'accès aux soins, il est appelé principe d'**équité horizontale dans l'accès aux soins** et spécifie que les personnes ayant le même besoin de soins doivent pouvoir recourir aux mêmes soins. L'autre est relatif aux financements des soins et précise que les contributions aux financements des soins doivent être proportionnées aux revenus et non aux besoins de soins. Ce principe est appelé principe d'**équité verticale dans le financement des soins**.

Le principe d'équité horizontale dans l'accès aux soins est un objectif affiché par la plupart des systèmes de santé. Il demande notamment que l'accès aux soins ne soit pas limité par des difficultés d'accès financiers aux soins. Cela suppose que le recours aux soins ne laisse pas des reste-à-charge pour les patients qui puissent induire des renoncements aux soins.

Le principe d'équité verticale dans le financement des soins est différent et porte sur la participation financière au financement des soins (que ce soit par des taxes/cotisations, des primes d'assurance ou des reste-à-charge). Il demande que ces contributions ne dépendent que des revenus et qu'elles soient proportionnées aux revenus. Ce principe fait l'objet d'applications plus contrastées, d'une part parce qu'il peut s'opposer à des principes d'efficacité mais aussi parce qu'il peut être considéré comme excessif ; il peut en effet être jugé légitime que la participation financière augmente avec l'usage du système de soins, indépendamment du revenu. On parle du principe du bénéfice en finance publique (Desmarais-Tremblay 2021).

En tout cas, la réalisation de ces principes ne peut être obtenue, ou même approchée, avec un système de financement qui ne mutualise pas largement tous les risques. Un système d'assurance, sélectionnant les risques, conduirait les individus avec les risques de santé les plus élevés à payer des primes d'assurance très élevées ou à renoncer à s'assurer (comme ça peut être le cas aux États-Unis, Gaffney et al 2017). La sélection des risques entre alors en contradiction avec le principe d'équité verticale dans le financement des soins et le principe d'équité horizontale dans l'accès aux soins dès lors que les personnes mal ou peu assurées sont contraintes de renoncer à des soins.

Ces principes d'équité sont propres au système de financement des soins, ils ne sont pas considérés comme des principes d'équité pertinents quand il s'agit d'évaluer les marchés de

l'assurance automobile ou de l'assurance habitation. La volonté d'appliquer ces principes au risque santé est spécifique et renvoie à la qualité particulière de la santé reconnue comme un bien dont l'accès doit être facilité pour tous, on parle de « merit good » dans la littérature anglophone en économie publique ; on pourrait parler de service public en français même si le sens n'est pas pleinement identique.

Une forte régulation et des choix collectifs

On constate finalement que le marché des soins est un marché très particulier qui échappe dans bien des aspects à l'analyse classique des marchés usuellement mobilisée par les économistes. C'est par ailleurs un marché qui fait l'objet d'une très forte régulation pour les raisons que nous venons d'évoquer et comme nous le détaillons dans plus tard dans le cours d'Économie de la Santé

Cette intervention très forte du régulateur, c'est-à-dire de l'État, conduit les économistes à s'interroger sur la régulation mise en œuvre, autant d'un point de vue de l'efficacité que de l'équité des dispositifs de régulation utilisés. Le caractère très fortement régulé du système des soins et de son financement conduit à des choix collectifs, à des choix de priorisation des traitements pris en charge collectivement qui engagent l'ensemble du système de santé et donc l'ensemble des citoyens. Les économistes de la santé proposent des outils d'évaluation pour éclairer les choix du régulateur. Le calcul économique en santé est un outil d'évaluation qui cherche à confronter les gains en santé d'une stratégie médicale, ou plus largement d'un investissement dans le système de santé, au coût pour la collectivité. C'est une forme d'application de la rationalité instrumentale à une décision collective.

L'économie de la santé est aujourd'hui une sous-discipline reconnue, représentée dans le monde académique (facultés d'économie, de médecine et de santé publique), mais également au sein des établissements de santé et dans l'univers de l'industrie pharmaceutique et des produits de santé. Avant tout champ d'application de la science économique, l'économie de la santé a développé ses propres concepts et outils de mesure et d'évaluation. Sa place demeure encore réduite en France alors que la discipline est très installée en Amérique du Nord et dans les pays du nord de l'Europe, certainement en raison de la prise en considération plus naturelle de la dimension économique dans l'orientation des politiques de santé dans ces pays.

Ce cours d'Économie de la Santé propose d'introduire les étudiants aux principaux concepts et outils mobilisés par les économistes de la santé pour analyser les systèmes de santé et évaluer les politiques et programmes mis en œuvre.

Ce cours d'introduction est destiné aux étudiants engagés dans des études médicales ou paramédicales mais également aux étudiants en économie, en sciences politiques ou de toute discipline, qui peuvent être intéressés par la dimension économique du système de santé.

Références

- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53, 941-973.
- Bras, P.-L. (2005). Le prix des soins, marché ou régulation publique ? *Les Tribunes de la santé*, no 8(3), 47-58.
- Cléro, J.-P. (2001). John Stuart Mill (1806-1873) : un utilitariste anti-utilitariste ? Dans A. Caillé, C. Lazzeri et M. Senellart *Histoire raisonnée de la philosophie morale et politique* (p. 567-573). La Découverte.
- Desmarais-Tremblay M. (2021). Généalogie du principe d'équité horizontale. une contribution à l'histoire de la normativité en théorie des finances publiques. *Revue de philosophie économique*, 22(2):149–176, 2021.
- Gaffney A., McCormick D. (2017), The Affordable Care Act: implications for health-care equity, *The Lancet*, Volume 389, Issue 10077, 2017, Pages 1442-1452.
- Galizzi, M., & Wiesen, D. (2018). Behavioral Experiments in Health Economics. *Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance*.
- Gamel C. (2010), La distinction « Fait/Valeur » en théorie économique : Trois temps fondamentaux d'une histoire mouvementée. 2010. halshs-00503189
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255.
- Menard, C. (2005). Du « Comme si... » au « Peut-être... ». De Milton Friedman à la Nouvelle Économie Institutionnelle. *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, no 12(1), 163-172. <https://doi.org/10.3917/rhsh.012.0163>.
- Mongin, P. (2002). Le principe de rationalité et l'unité des sciences sociales. *Revue économique*. 53(2), 301-323. <https://doi.org/10.3917/reco.532.0301>.
- Samuelson, P.A., Temin A. (1976). *Economics*. 10th ed. New York: McGraw Hill.

Comment citer ce cours ?

Économie de la santé, Jérôme Wittwer, AUNEGe (<http://aunege.fr>), CC – BY NC ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Cette œuvre est mise à disposition dans le respect de la législation française protégeant le droit d'auteur, selon les termes du contrat de licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). En cas de conflit entre la législation française et les termes de ce contrat de licence, la clause non conforme à la législation française est réputée non écrite. Si la clause constitue un élément déterminant de l'engagement des parties ou de l'une d'elles, sa nullité emporte celle du contrat de licence tout entier.

Figures

Figure 1 : frontière des possibles et optimum de Pareto.....	6
Figure 2 : équilibre de marché	8