

PETITE HISTOIRE DE L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

*Lise Rochaix**

* Professeur agrégé des Universités en sciences économiques, Université de la Méditerranée Aix-Marseille-II ; membre du Collège de la Haute Autorité de santé

L'histoire de l'économie de la santé s'ouvre pour certains en 1776, avec l'ouvrage *La Richesse des nations* d'Adam Smith dans lequel l'auteur analyse à la fois les déterminants de la santé et le fonctionnement du marché des services de santé (Gaynor, 1992). Pour d'autres, c'est au titre de son *Traité de l'administration des finances de la France* de 1784 que Jacques Necker mérite d'être reconnu comme le premier économiste de la santé (Rochaix et Patou, 1995). Plus traditionnellement toutefois, les économistes de la santé considèrent que la discipline est née en 1963, avec l'article du prix Nobel d'économie, Kenneth Arrow (1963). Mais la reconnaissance de la contribution de l'économie de la santé à l'analyse de ce domaine devra pour sa part attendre de nombreuses années.

En France, alors même qu'elle est voulue dès le début des années 1960, avec les premiers enseignements d'économie de la santé dispensés par Henri Guitton à l'Université Paris-I, la reconnaissance académique de l'économie de la santé tarde à venir. Ce n'est qu'avec le contexte économique des années 1980, marqué par des restrictions budgétaires importantes, qu'apparaîtra de manière plus explicite le dilemme auquel les acteurs du système de santé sont confrontés, celui de besoins sans cesse étendus et renouvelés face à des moyens stagnants ou décroissants. L'apport du calcul économique, dans sa capacité à éclairer des choix d'allocation de ressources, devient alors plus perceptible. Cependant, le prix de cette reconnaissance est,

selon Peter Zweifel et Gianfranco Domenighetti (1995), le malentendu toujours actuel selon lequel les économistes sont perçus exclusivement comme « des chasseurs de l'inefficience et de l'inefficacité » et/ou des « champions de la décroissance dans le secteur de la santé ». Il importe donc de clarifier les sources de ce malentendu.

L'économiste de la santé s'est trouvé au départ pris entre deux conceptions opposées : celle, propre au milieu médical, qui conduit à placer la santé au-dessus de toute autre valeur et qui souligne le caractère unique de la relation médecin-malade ; celle, plus répandue dans les milieux administratifs et économistes, qui conduit, au contraire, à tempérer voire récuser la spécificité du marché de la santé, allant parfois jusqu'à nier la légitimité d'un champ d'application à part entière de la science économique. Réconcilier ces deux positions n'était pas chose facile. Ceci explique probablement le caractère frileux des travaux des années 1970, plus à la recherche d'une légitimité auprès des économistes qu'auprès du milieu médical. En conséquence, malgré le diagnostic précoce d'Arrow sur les nombreux signes distinctifs de cet objet d'analyse, ces premiers travaux demeureront calqués sur des modèles néoclassiques de concurrence pure et parfaite, sans véritable prise en compte de l'incertitude ou de l'ignorance du patient. Face aux critiques fortes que ces analyses n'ont pas manqué de susciter, y compris chez les économistes de la santé eux-mêmes (Darbon et Letourmy, 1983 ; Evans,

1984), les travaux ultérieurs ont progressivement conduit à remettre en cause les modèles théoriques néoclassiques pour tenter de mieux appréhender la réalité de ce champ d'investigation. Ce faisant, les économistes ont tenté de répondre à l'interpellation de Claude Béraud (1983) qui notait que les stratégies sont mal connues, peu étudiées, totalement négligées par les économistes qui s'efforcent de résister à la tentation idéologique et s'attachent surtout à l'analyse du produit des activités médicales, sans s'interroger sur sa signification. Mais cette recherche de légitimité auprès du milieu médical a conduit, par un mouvement de balancier, à obscurcir les apports potentiels d'analyses plus théoriques sur les comportements micro-économiques des agents sur ce marché. Et la partie de l'économie de la santé qui est alors demeurée visible et qui a gagné le plus de terrain dans les années 1980 est celle qui relève du calcul économique appliqué et qui participe d'une volonté de maîtrise des coûts.

Or le raisonnement économique ne saurait être identifié à celui d'un comptable dont la préoccupation est de s'assurer du respect du budget qui lui a été alloué. Ce raisonnement est en effet fondé sur la notion de coût d'opportunité. Ainsi, les soins de santé (et par là même le recouvrement de la santé) ont un coût d'opportunité, qui traduit en fait la notion de sacrifice consenti : l'euro supplémentaire dépensé pour la santé ne le sera pas pour l'éducation, par exemple. En conséquence, l'approche économique qui consiste en la minimisation de ce coût d'opportunité (ou encore la maximisation de l'utilité sous contrainte de ressources rares) est beaucoup plus large que le simple rationnement des dépenses de santé. Mais ce qui caractérise surtout la vision des économistes est l'importance attachée aux réactions comportementales des individus. Celles-ci sont d'autant plus importantes à analyser qu'elles peuvent entraver la mise en place de réformes au demeurant fondées. Comme le remarquait déjà Necker : « Le ministre le plus rempli de zèle ne peut procéder qu'avec ménagement aux innovations dont il est quelquefois seul à sentir l'importance ; tandis que pour faire réussir ces changements, il faudrait souvent, et une volonté suivie dans le gouvernement, et un concours de la part des corps intermédiaires, qui ont souvent les moyens pour défendre les anciens usages. »

Il est donc nécessaire d'accorder plus d'importance aux motivations des acteurs du marché, fonction des contextes institutionnels dans lesquels ils œuvrent et à veiller à l'harmonisation de leurs intérêts. Il importe aussi de rappeler que les économistes s'attachent certes à la mesure de la performance, par l'analyse de l'efficacité des systèmes, mais aussi à leur équité. L'objet de ce chapitre est d'apprécier, dans cette double perspective la contribution de l'économiste au secteur de la santé en France et de s'interroger sur les apports mais aussi les limites de l'application de cette discipline à la santé.

1. Caractéristiques du marché des soins de santé

L'économiste utilise deux critères pour mesurer la performance : l'efficacité et l'équité. Leur application au champ de la santé nécessite toutefois des adaptations importantes car le système de soins s'éloigne du fonctionnement traditionnel des marchés. Il convient d'abord de bien cerner les signes distinctifs de la santé. Cette question est au cœur des préoccupations des économistes de la santé à double titre : d'une part, ils tentent souvent de tirer leur propre légitimité de l'existence de telles spécificités ; d'autre part, le bien-fondé de l'intervention de l'État, tant en matière de financement que de production des soins dépend des conclusions de cette analyse. Le recours à la théorie économique permet alors d'apporter des éléments de réponse à ces deux interrogations fondamentales.

Distinguons au préalable la santé des soins de santé. Quand bien même la santé peut être analysée comme un capital (Grossman, 1972 ; Nys, 1981), elle n'a qu'une valeur d'usage, à la différence des soins de santé qui ont une valeur d'échange. *A contrario*, ces derniers n'ont pas de finalité en eux-mêmes : la demande de soins de santé est une fonction dérivée de la demande de bonne santé. L'analyse économique portera plus naturellement sur les soins de santé, avec la difficulté liée à ce caractère dérivé.

Une deuxième distinction concerne le marché de l'assurance que l'on opposera au marché des soins de santé, le premier précédant naturellement

le second puisque c'est bien la souscription d'une police d'assurance qui permet de financer les soins eux-mêmes. L'analyse économique aura des implications différentes selon que l'on traite de l'un ou l'autre de ces marchés.

Les soins de santé appartiennent à une catégorie de biens économiques dits biens publics par opposition aux biens privés. Ils ne vérifient pas en effet le principe de rivalité qui caractérise ces derniers et au titre duquel deux agents ne sauraient bénéficier simultanément de l'usage du même bien. Le caractère « pur » ou mixte des biens publics varie selon qu'ils respectent trois conditions : l'obligation d'usage, l'impossibilité d'exclusion par le prix et l'absence d'effets de congestion (le fait que la satisfaction ne dépend pas du nombre d'usagers). Dès lors que l'une de ces trois conditions n'est pas vérifiée, le bien public est dit « mixte », ce qui est bien souvent le cas en santé, notamment du fait de la présence d'effets d'encombrement (pour les services d'urgence en hôpital, par exemple).

Ces services se caractérisent aussi par des effets externes marqués. Quand des effets externes sont présents, les décisions de production ou de consommation d'un agent affectent directement la satisfaction ou le profit d'autres agents, sans que le marché évalue, fasse payer ou rétribue l'agent pour cette interaction. Dans le cas de la protection contre le sida par exemple, l'individu évalue les avantages et inconvénients individuels d'une telle protection, sans intégrer les bénéfices sociaux (la réduction de la transmission de l'épidémie au niveau de la société). Pour cette raison, l'intervention de l'État sous forme de campagnes d'information ou de mise à disposition de moyens de protection trouve un fondement économique. La notion d'externalité peut aussi prendre une dimension plus altruiste, traduite par la notion de « concernement collectif » (Culyer, 1971 ; Mougeot, 1986), à savoir la santé des autres nous importe, indépendamment de la nôtre, et justifie l'instauration d'une solidarité dans le financement.

Les soins de santé se caractérisent enfin par l'importance de la valeur d'option qui leur est attribuée par les consommateurs. Cette notion a été définie initialement par Burton Weisbrod (1964)

pour répondre à la question de la pertinence de la préservation de grands parcs nationaux. Elle s'applique aussi au domaine de la santé, où le consommateur retire une utilité de l'existence même d'infrastructures médicales, pour lesquelles il est prêt à payer un certain prix afin que leur disponibilité lui soit assurée au moment où il en aura besoin. Or cette valeur implicite ne saurait s'exprimer sur un marché et doit être prise en compte par l'État dans ses arbitrages.

Dans le cas de biens publics, comme dans celui de biens avec effets externes ou à valeur d'option, l'analyse économique indique que la production, si elle est laissée à l'instigation des seuls agents, sera insuffisante du point de vue du bien-être de la société. On parle alors de défaillance du marché légitimant l'intervention de l'État dans le financement des soins médicaux.

Par contre, ces signes distinctifs sont partagés par d'autres services, comme l'éducation, que l'on identifie explicitement comme une « fonction collective » de l'État. On ne saurait donc répondre par l'affirmative à la question de la spécificité des soins de santé posée précédemment, sur la seule base de ces trois caractéristiques. La légitimité de l'économie de la santé comme branche d'application à part entière de la science économique serait plutôt à rechercher dans les problèmes d'information imparfaite et d'incertitude qui font obstacle au fonctionnement harmonieux de ces deux marchés des soins et de l'assurance santé. Il est indéniable que l'analyse économique porte aujourd'hui de plus en plus d'attention à des biens ou services dont les caractéristiques remettent en cause le modèle néoclassique de la concurrence pure et parfaite pour aller vers des modèles intégrant l'incertitude et l'information asymétrique. On peut citer à titre d'illustration le marché des voitures d'occasion (Akerlof, 1970) ou les services d'experts. Ces dimensions d'incertitude et d'information asymétrique sont particulièrement marquées dans le champ de la santé. Ainsi, on note, à la différence des biens cités précédemment, que dans le champ de la santé :

- *L'incertitude est multidimensionnelle.* Le patient est ainsi incertain quant à l'occurrence de la

maladie, au besoin de traitement (certaines affections se résorbant par elles-mêmes), à la qualité du médecin traitant. Le médecin est pour sa part incertain quant à l'efficacité médicale de certains traitements, à la réaction du patient au traitement, et parfois même sur le diagnostic posé qui comporte toujours une marge d'erreur.

- *Le patient ne peut pas toujours se réapproprier l'information*, ce pour plusieurs raisons. La qualité de l'intervention médicale est tout d'abord difficile à évaluer dans la mesure où la causalité entre guérison et traitement ne peut pas toujours être établie de manière claire (possibilité, entre autres, d'autoguérisson). L'information est ensuite souvent techniquement complexe, de telle sorte qu'un patient ne la comprendrait pas nécessairement, quand bien même elle serait mise à disposition, d'autant plus qu'un individu affecté d'une maladie aiguë n'a pas, en général, le temps d'effectuer une recherche pour mieux connaître le marché. Il faut également considérer le fait que l'action demandée par le patient à son médecin comporte une double dimension : il s'agit à la fois d'un diagnostic et d'un traitement. Or l'intensité de ce dernier (en nombre de consultations du médecin, par exemple) dépend étroitement du premier et détermine, pour les systèmes basés sur le paiement à l'acte, la rémunération finale du médecin. Dans la mesure où la qualité du diagnostic n'est pas aisément vérifiable, on peut craindre que le médecin ne soit en position de recommander une intensité de traitement supérieure à ce que la sévérité de la pathologie aurait nécessité. Enfin le coût d'un choix erroné peut être très élevé, voire irréversible.
- *Il y a une dimension émotionnelle forte* dans la santé qui peut conduire les individus à préférer l'ignorance ou la délégation de choix au médecin.

Les conséquences de cette incertitude et de cette asymétrie d'information se retrouvent sous deux effets que sont d'une part le risque moral et d'autre part la sélection adverse. Cette dernière résulte du fait que dans le domaine de l'assurance maladie, seuls les mauvais risques ont tendance à s'assurer, ce qui conduit progressivement à la disparition de ce marché. Pour se prémunir, les assureurs privés

développent des stratégies d'écrémage du risque (sélection des meilleurs risques par des questionnaires médicaux, par exemple), ce qui entraîne alors fatalement l'exclusion des mauvais risques et donc des inégalités d'accès aux soins. Comme le souligne Jacques Drèze (1994), la sélection adverse ne trouve de solution véritable que dans l'instauration d'une assurance obligatoire qui n'est pour autant pas exempte du problème dit de « risque moral » : le fait même d'être assuré modifie le comportement des bénéficiaires dans le sens d'une moindre prévention et une utilisation des soins de santé supérieure à celle qu'ils choisiraient s'ils payaient l'intégralité du prix. Il devient alors nécessaire de responsabiliser l'utilisateur pour éviter ces phénomènes de gaspillage de ressources. Ces deux effets conduisent donc à l'inefficacité, voire parfois à la défaillance du marché de l'assurance santé, ainsi que le notait Arrow dès 1963.

Ces quelques traits caractéristiques du marché des soins de santé indiquent bien que le processus de décision de recours à l'assurance et d'utilisation des soins de santé est complexe : si chacune des caractéristiques définies précédemment est partagée par d'autres biens, rares sont ceux qui les cumulent. En conclusion, ce n'est pas tant la spécificité des soins de santé en eux-mêmes qui confère à l'économie de la santé toute sa légitimité, que le fait que soient conjuguées ces nombreuses particularités (Brunet-Jailly, 1971 ; Pauly, 1978 ; Besley, 1994 ; Piatecki et Ullmann, 1995). Cette complexité doit donc être prise en compte lors de la mesure de la performance du système de santé.

2. Analyse de la performance : le critère d'efficience

Étant donné les caractéristiques du marché des soins de santé et d'assurance santé, la notion d'efficience doit être adaptée au contexte d'analyse. Elle recouvre au moins trois dimensions fortement imbriquées :

- l'efficacité médicale (*medical effectiveness*) qui met en relation santé et soins de santé, sans dimension de coût. Il s'agit ici de connaître la contribution des soins de santé à l'amélioration de la santé ;

- L'efficacité technique (*technical efficiency*), qui met traditionnellement en relation des *inputs* avec des *outputs*. Dans le cas présent, il s'agit d'une quantité de facteur travail (temps des professionnels de santé) ou de facteur capital (l'équipement médical) dont on analyse la contribution à la production de soins de santé, considérés ici comme *output* intermédiaire, ou encore *process* ;
- L'efficacité économique (*economic efficiency*) qui met en relation l'amélioration de l'état de santé (l'*output* final) et les coûts. Toutefois, parvenir à une telle mesure du produit du système de santé (coût par unité d'*output* final) demeure un exercice largement tributaire d'une évaluation scientifique de l'efficacité médicale des stratégies thérapeutiques.

On peut alors définir deux interrogations fondamentales :

- Celle de l'*efficacité macro-économique d'un système de santé* : quelle est l'importance accordée par un pays à l'amélioration de l'état de santé de sa population, et les moyens qu'il se donne pour atteindre cet objectif sont-ils adéquats ? En d'autres termes, la taille de l'enveloppe budgétaire affectée par un pays aux soins de santé (en pourcentage du PIB) est-elle optimale du point de vue de la société ? Il s'agit ici de s'assurer que la valeur du financement d'une unité additionnelle de soins de santé est comparable à celle que l'on obtiendrait d'une utilisation alternative de ces mêmes ressources.

Si les économistes ne sont pas à même, à ce jour, de répondre de manière précise et chiffrée à cette question, ils n'en ont pas moins contribué à la remise en cause d'une idée dominante selon laquelle plus de soins de santé est nécessairement mieux et à souligner que la baisse du taux de mortalité et de la morbidité sont déterminées par d'autres facteurs que l'accès aux soins. L'un des premiers défenseurs de cette vision est Victor Fuchs (1967), qui, dès 1967 soulignait l'importance du style de vie pour l'état de santé des individus. Cette approche, partagée par des épidémiologistes comme Thomas McKeown

(1979), a connu des développements importants en économie de la santé sous le nom d'analyse des déterminants de santé, avec les travaux pionniers de l'Institut canadien de recherches avancées - ICRA - (Contandriopoulos, 1992).

- Celle de l'*efficacité micro-économique* : quelle est l'allocation des ressources entre les différentes utilisations possibles à l'intérieur du système de soins de santé, et cette allocation est-elle optimale du point de vue de la société ? En d'autres termes, étant donné l'objectif macro-économique d'amélioration de l'état de santé (et donc l'enveloppe budgétaire), quelle est la meilleure méthode pour parvenir à cet objectif ?

L'analyse de l'efficacité micro-économique recouvre deux dimensions. La première est celle de l'*efficacité productive*, qui permet de s'assurer que l'on a bien minimisé les *inputs* pour obtenir l'*output* que l'on s'était fixé (ou encore, de manière symétrique, que l'on a bien maximisé l'*output*, eu égard aux *inputs* dont on disposait). La deuxième dimension d'efficacité, dite d'*efficacité allocative*, renvoie à la question des préférences : le marché met-il bien en production et en distribution les biens et services que les consommateurs souhaitent y trouver ? Cette deuxième dimension d'efficacité est plus difficile à mesurer sur le marché des soins de santé pour deux raisons : d'une part, les préférences des usagers sont en grande partie définies par les offreurs eux-mêmes, ce que l'on peut caractériser comme une interdépendance des fonctions d'offre et de demande sur le marché (Barnay et Rochaix, 2008) ; d'autre part, le niveau global de production (nombre d'offreurs, règles de tarification) est défini par un tiers, représentant l'intérêt collectif, la demande sur ce marché étant en grande partie solvabilisée. Dès lors, quelles sont les préférences sur lesquelles le régulateur doit s'appuyer pour définir le niveau optimal (du point de vue des usagers) de production de biens et celles-ci sont-elle compatibles avec la taille de l'enveloppe définie pour la santé à l'issue des arbitrages entre grandes fonctions collectives ?

Les développements récents de l'économie de la santé ont été profondément marqués par la volonté de mesurer l'efficacité des systèmes de santé à ce niveau micro-économique. De très nombreux travaux d'évaluation ont ainsi vu le jour et ont donné lieu à une large littérature appliquée, parfois qualifiée de pharmaco-économie, du fait que les analyses ont le plus souvent été menées sur des produits pharmaceutiques.

Parallèlement, des travaux de nature plus théorique ont été développés afin de mieux analyser les dysfonctionnements du marché des services médicaux, notamment la question centrale de l'interdépendance entre offre et demande. De nombreux articles ont été consacrés à l'existence d'une demande induite (Rochaix et Jacobzone, 1997). Cette notion recouvre l'idée selon laquelle le médecin, de par l'ignorance du patient, est à même d'influer sur le niveau et la composition des soins de santé, induisant ainsi une demande autre que celle que le patient aurait formulée s'il avait eu la même information que le médecin.

Parmi les cadres théoriques utilisés, celui de la théorie « principal-agent », ou encore théorie de l'agence s'est révélé fructueux. Cette théorie, issue des théories de l'information et des incitations (Salanié, 1995), analyse toute délégation par un individu (le « principal ») à un « agent » qui va, en échange d'une compensation financière, effectuer une action pour ce principal ou lui révéler une information sur la base de laquelle il prendra une décision. L'analyse souligne les avantages ou déficits informationnels des acteurs sur ce marché et porte alors sur les termes du contrat que doit définir le principal pour faire en sorte que la relation avec l'agent soit parfaite, à savoir exempte de risque moral et de sélection adverse. Cette théorie a été utilement appliquée au domaine de la santé et a fourni une grille de lecture pertinente. Si l'application la plus naturelle de la théorie de l'agence porte sur la relation qui lie le patient à son médecin, d'autres applications ont été réalisées, notamment dans les relations tutelle-médecin, tutelle-hôpital ou tutelle-tiers payeur (Rochaix, 1997).

Toutefois, la particularité du marché de l'assurance et des soins de santé tient au fait qu'outre

la fragmentation qui conduit à de nombreuses relations d'agence, le même acteur peut entrer dans plusieurs relations d'agence. C'est le cas du médecin par exemple, agent du patient qui lui demande un effort (le temps qu'il va lui consacrer) et un message (diagnostic et recommandation thérapeutique) et, de plus en plus, agent de la tutelle qui lui confère la responsabilité de l'allocation de ressources rares. Dans la mesure où intérêt individuel et intérêts collectifs ne coïncident pas nécessairement, le médecin pourra être conduit à effectuer des arbitrages (Rochaix, 1987). Ceux-ci se réaliseront en fonction des objectifs, déterminés d'une part par les modes de rémunération des médecins et d'autre part par le mode de remboursement des patients. L'importance du cadre institutionnel apparaît alors centrale : ainsi le risque moral du côté du médecin (ou encore le pouvoir discrétionnaire) sera renforcé par le risque moral côté patient dans un système comme celui qui prévaut en France, avec paiement à l'acte, solvabilisation de la demande et libre choix.

À travers l'application de la théorie des contrats, les économistes de la santé ont tenté de mieux comprendre les stratégies des acteurs du système de santé et l'impact de la rente informationnelle dont certains d'entre eux disposent. Ils ont tenté, ce faisant, d'établir un diagnostic plus probant des dysfonctionnements des systèmes de santé. Mais le diagnostic sur le seul critère de l'efficacité ne saurait suffire : pour être complet, il doit aussi inclure une analyse du point de vue de l'équité.

3. Analyse de la performance : le critère d'équité

Si l'équité reçoit aujourd'hui plus de considération du fait, entre autres, de réformes structurelles risquant de mettre en danger certains acquis en matière d'accès égal aux soins, elle est longtemps restée le parent pauvre de l'analyse économique appliquée à la santé. L'une des raisons est sans conteste la difficulté de la transcription de la notion d'équité dans ce champ, qui nécessite de recourir à des critères de jugement issus des théories de la justice sociale pour identifier les inégalités qui appellent une action de la part des pouvoirs

publics. Les systèmes de santé semblent en effet s'articuler autour de deux définitions concurrentes (Schneider-Bunner, 1998 ; Arnsperger et Van Parijs, 2000) :

- l'une, fondée sur la conception de John Rawls (1972) – courant libéral – selon laquelle les inégalités dans une société ne sont justifiées que dans la mesure où elles contribuent à améliorer le sort des personnes les plus défavorisées de la société et pourvu qu'un niveau minimal de base soit garanti à chacun. L'une des conséquences de ce principe appliqué aux soins de santé est qu'il est acceptable qu'un individu utilise le système de soins en quantité et qualité plus élevée qu'un autre si tel est son choix, à condition qu'il prenne à sa charge le financement de ce surplus de soins.
- l'autre, fondée sur le caractère égalitariste – courant social démocrate –, produit d'un héritage ancien, tant politique (socialisme) que philosophique. Aristote, dans sa recherche sur les fondements de la justice distributive définit pour la première fois les principes qualifiés plus tard d'équité verticale (les « inégaux » doivent être traités « inégalement ») et d'équité horizontale (les « égaux » doivent être traités également).

Parmi les définitions possibles de l'égalité en santé, Julian Le Grand (1982) identifie au moins quatre dimensions : l'égalité en termes de dépenses publiques, l'égalité de coût (comprenant les coûts d'opportunité de gains non réalisés du fait de la maladie), l'égalité de recours entre individus d'état de santé comparable et l'égalité de résultat (donc d'état de santé). L'adoption de l'une ou l'autre de ces définitions conduit nécessairement à des mesures de performance très différentes.

Les premières études ont été réalisées en Grande-Bretagne, à la suite du rapport Black sur les inégalités de santé (1980). En France, de nombreux travaux ont été réalisés par l'Irdes et l'Insee sur l'accès aux soins, en particulier dans sa dimension géographique, puis socio-économique (Rochaix, 2003). Un groupe de recherche européen dénommé « Ecuity » a élargi le cadre d'analyse en comparant la performance d'une quinzaine de systèmes

de santé en matière d'équité. Cette concertation a abouti à la mise au point d'une méthodologie commune originale, qui conduit à une analyse séparée des systèmes de financement et de prestation de soins (Van Doorslaer, Wagstaff et Rutten, 1993). Le concept d'équité verticale a été retenu pour l'analyse du système de financement, afin d'étudier le degré de progressivité ou de régressivité du système et de ses différentes composantes contributives. Un système de santé sera qualifié de régressif si les paiements de santé, définis en tant que proportion du revenu, diminuent lorsque le revenu augmente et inversement pour un système progressif. La question est alors de savoir dans quelle mesure les ménages possédant différentes capacités contributives contribuent inégalement au financement du système de santé.

Pour l'analyse du système de prestations, a été retenue la notion d'équité horizontale. Le principe général de la méthode est d'examiner toute différence de dépenses médicales entre les groupes en éliminant les variations intergroupes de structure d'âge et de morbidité, afin de mettre en évidence une iniquité horizontale, si elle existe, par rapport au revenu. Il s'agit de construire des parts de dépenses standardisées : sous un système équitable de prestation de soins (équité horizontale), la part de dépenses de chaque groupe de revenu doit être égale à la part de la population qu'il représente. En outre, une comparaison des inégalités d'état de santé a été tentée en utilisant la même méthode d'analyse de concentration de la morbidité dans les différents groupes de revenus.

En matière de financement, la comparaison des résultats européens indique clairement que le caractère plus ou moins progressif de la structure globale dépend étroitement de la façon dont sont agencées les différentes sources de financement dans un pays. Les systèmes à dominante publique financés par l'impôt sont plus progressifs que ceux fondés sur l'assurance sociale. Parmi les systèmes à dominante de financement public par l'impôt, les degrés de régressivité varient entre pays (ils dépendent en particulier de la partie des dépenses non socialisée). Les impôts directs sont en général progressifs et les impôts indirects régressifs (car ne tenant pas compte du revenu). Par ailleurs, les

cotisations sociales sont proportionnelles voire modérément régressives si elles sont plafonnées. Enfin, les assurances privées sont en général régressives et les paiements directs, sans conteste, plus fortement encore, car non liés aux revenus.

En matière d'inégalités de santé, les travaux menés par ce groupe de recherche européen ont montré que dans tous les pays, la fréquence des cas morbides est plus élevée au sein des groupes de revenus les plus bas. Cette inégalité est plus marquée avec des indicateurs de morbidité autoressentie et moins forte avec les indicateurs d'affection chronique. En matière d'utilisation des soins, les résultats suggèrent pour la France une iniquité générale en faveur des catégories les plus pauvres de la population. Ces résultats ne sont toutefois pas dissociables d'une analyse connexe plus qualitative : le fait que les plus bas revenus cumulent pathologies les plus graves et consommation médicale plus importante est également la traduction d'une entrée différée dans le système de soins. Le moindre recours à la médecine de ville conduit à une hospitalisation plus fréquente, souvent en urgence et à un stade plus avancé de la maladie. L'intérêt de ces travaux est d'offrir une mesure plus précise du degré d'iniquité des systèmes de santé dans leur fonction de financement et de prestation de soins de santé.

4. Pour une approche pluridisciplinaire en santé

Longtemps considérés comme des biens non marchands (au titre de l'adage selon lequel la santé n'a pas de prix), les soins de santé occupent aujourd'hui une place importante dans l'analyse économique. Ceci est lié à la prise de conscience de l'inévitable inadéquation entre des besoins toujours croissants et des ressources limitées.

Mais la tâche de l'économiste de la santé est plus ardue qu'il n'y paraît. Les soins de santé, sans être uniques, cumulent un ensemble de caractéristiques qui nécessite d'enrichir substantiellement la

boîte à outils standard. Par ailleurs, l'analyse de la performance des systèmes de santé, tant sur un plan d'efficacité que d'équité, est obérée par la difficulté à évaluer le système de santé, du fait, entre autres, de l'incertitude médicale.

Cependant, si les économistes de la santé n'ont pu, à ce jour, apporter toutes les réponses espérées (attentes au demeurant souvent excessives), ils ont contribué à clarifier la nature des services sur ce marché et à définir les fondements de l'intervention de l'État. Ils ont aussi construit une représentation théorique centrée sur les comportements d'acteurs, dans un cadre institutionnel précis, ce qui permet de mieux comprendre les dysfonctionnements du système de santé et constitue un préalable à toute tentative de réforme structurelle en la matière. Ils ont enfin participé de façon active à la réforme des systèmes de santé, en clarifiant les choix auxquels sont confrontés les décideurs en matière d'allocation de ressources rares et en offrant des outils de mesure de la valeur ajoutée des actions et stratégies de santé.

Toutefois, comme le notait Charles Phelps (1995), une telle entreprise ne saurait réussir sans un véritable décloisonnement entre l'économie de la santé et les autres disciplines appliquées à la santé, outre la médecine, comme l'épidémiologie, la psychométrie, les biostatistiques, la sociologie, ou encore l'éthique. Dans le domaine de la santé plus que tout autre en effet, l'économiste est amené à intégrer les dimensions sociales et psychologiques de l'activité humaine. L'interdépendance entre évaluation économique et évaluation médicale et la nécessité de travailler sur des données micro-économiques très fines collectées pour les besoins de l'étude en est une autre raison importante. Ce n'est donc que par une coopération véritable que l'on peut attendre une amélioration sensible de l'analyse de ce marché et de son fonctionnement, et plus généralement une amélioration de l'état de santé des populations, fin commune à toutes ces disciplines.

Bibliographie

- Akerlof (G.), « The Market for Lemons : Qualitative Uncertainty and the Market Mechanism », *Quarterly Journal of Economics*, 84, 1970, p. 488-500.
- Arnsperger (C.) et Van Parijs (Ph.), *Éthique économique et sociale*, Paris, La Découverte, 2000.
- Arrow (K.), « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *American Economic Review*, 53, 1963, p. 941-973.
- Barnay (T.) et Rochaix (L.), « Les soins de santé : un marché "pas comme les autres" », dans Montalembert (M. de) (dir.), *La Protection sociale en France*, Paris, La Documentation française, coll. « Les notices », 12, 2008, p. 113-121.
- Béraud (Cl.), « L'économie médicale : une espérance déçue ? », *Sciences sociales et santé*, 2, 1983, p. 79-97.
- Besley (T.) et Gouveia (M.), « Alternative Systems of Health Care Provision », *Economic Policy*, octobre 1994, p. 200-248.
- Black (D.), *Inequalities in Health*, Department of Health and Social Security, Londres, HMSO, 1980.
- Brunet-Jailly (J.), *Essai sur l'économie générale de la santé*, Paris, Édition Cujas, 1971.
- Contandriopoulos (A. P.), *Les Déterminants de la santé*, groupe « La santé des populations », Toronto, Institut canadien de recherches avancées (ICRA), 2, 1992.
- Culyer (A.), « The Nature of the Commodity Health Care and its Efficient Allocation », *Oxford Economic Papers*, 23, 1971, p. 189-211.
- Darbon (S.) et Letourmy (A.), « La micro-économie doit-elle nécessairement être d'inspiration néoclassique ? », *Sciences sociales et santé*, 2, 1983, p. 79-87.
- Drèze (J.), « Discussion of the Paper "Alternative Systems of Health Care Provision" », *Economic Policy*, octobre 1994, p. 249-258.
- Evans (R.), *Strained Mercy : The Economics of Canadian Health Care*, Toronto, Butterworths, 1984.
- Fuchs (V.), *The Basic Forces Influencing Costs of Medical Care*, Report of the National Conference on Medical Costs, V.S. Department of Health Education and Welfare, Washington (D. C.), Government Printing Office, 1967, p. 16-31.
- Gaynor (M.), « Adam Smith as Health Economist, Redux Professor Smith on the Market for Physician Services », *Journal of Health Economics*, 13, 1992, p. 119-122.
- Grossman (M.), « On the Concept of Health Capital and the Demand for Health », *Journal of Political Economy*, 80, 1972, p. 223-255.
- Le Grand (J.), *The Strategy of Equality*, Londres, Allen & Unwin, 1982.
- McKeown (T.), *The Role of Medicine : Dream, Mirage or Nemesis ?*, Oxford, Blackwell, 1979 [2^e éd.].
- Mougeot (M.), *Le Système de santé*, Paris, Economica, 1986.
- Nys (J.-F.), *La Santé : consommation ou investissement*, Paris, Economica, 1981.
- Pauly (M. V.), « Is Medical Care Different ? Old Questions, New Answers », dans Greenberg (W.) (ed.), *Journal of Health Politics, Policy and Law*, special issue, 13, 1978, p. 227-237.
- Phelps (C.), « Perspectives in the Economics of Health Care », *Health Economics*, 4, 1995, p. 335-353.
- Piatecki (C.) et Ulmann (P.), « La micro-économie de la santé : bilan et perspectives », *Revue d'économie financière*, numéro spécial, octobre 1995, p. 47-69.
- Rawls (J.), *A Theory of Justice*, Oxford, Oxford University Press, 1972.
- Rochaix (L.), « De la difficulté d'un arbitrage entre intérêt collectif et intérêts individuels : un dilemme de plus pour le médecin », *Journal d'économie médicale*, 4, 1987, p. 223-243.
- Rochaix (L.), « Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats », *Économie et prévision*, numéro spécial, 3-4 (129-130), juillet-septembre 1997, p. 11-24.
- Rochaix (L.), « Équité et Santé », dans Michaud (Y.) (dir.), *Egalité et Inégalités*, Paris, Odile Jacob, coll. « Université de tous les savoirs », 2003, p. 145-178.
- Rochaix (L.) et Jacobzone (S.), « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Économie et prévision*, numéro spécial, 3-4 (129-130), juillet-septembre 1997, p. 25-35.
- Rochaix (M.) et Patou (J.-P.), « Jacques Necker : premier économiste de la santé », *Journal d'économie médicale*, 1995.
- Salanié (B.), « Incitations et théorie des contrats », *Les Nouvelles Théories économiques*, La Documentation française, coll. « Cahiers français », juillet-septembre 1995, p. 3-11.
- Schneider-Bunner (C.), *Économie et justice sociale : l'organisation et la régulation des systèmes de santé face à l'équité*, Paris Economica, 1999.
- Van Doorslaer (E.), Wagstaff (A.) et Rutten (F.), *Equity in the Finance and Delivery of Health Care. An international perspective*, Oxford, Oxford University Press, 1993.
- Weisbrod (B.), « Collective Consumption Services of Individual Goods », *Quarterly Journal of Economics*, 78, 1964, p. 471-77.
- Zweifel (P.) et Domenighetti (G.), « L'économie de la santé », *Journal d'économie médicale*, 7-8, 1995, p. 383-393.