



# Les économistes et la santé : questions de recherche et enjeux pour demain

► Le poids croissant du financement des systèmes de soins de santé dans les pays développés a mis au premier plan l'analyse économique, dans le but d'aider les décideurs publics à rechercher une utilisation efficiente de ressources collectives devenues de plus en plus rare. Le bien santé présente des caractéristiques particulières, du point de vue de l'analyse économique : c'est un bien supérieur, en tant que la santé d'un individu conditionne sa capacité à produire et à consommer. Il existe plusieurs façons de maintenir ou d'améliorer sa santé, qui peut se définir autant de façon positive comme un état général de bien-être, que de façon négative par l'absence de maladie. Dans ce dernier cas, la menace de maladie est incertaine, quant à sa survenue et à l'ampleur de ses conséquences. De surcroît, le traitement de la maladie requiert une expertise qui confère à ses détenteurs, les professionnels de soins, un pouvoir important dans l'utilisation des ressources collectives. L'économie de la santé a d'abord été l'économie des systèmes de soins de santé. Deux questions principales ont structuré les travaux de recherche au cours des cinquante dernières années : quel rôle la concurrence

entre acteurs économiques de droit privé peut-elle jouer dans le système de santé? Comment la puissance publique peut-elle choisir les investissements qu'elle fait dans le système de soins? On assiste cependant à l'émergence de travaux visant à replacer l'économie de la santé dans un cadre plus large, intégrant d'une part les interactions entre le fonctionnement de l'économie et le système de soins, avec la prise en compte des effets pathogènes de l'activité économique (pollution, accidents du travail) et d'autre part, les relations réciproques qui existent entre la santé et le développement économique et social, c'est-à-dire tout le domaine des déterminants sociaux de la santé. Enfin, cette fin de siècle est celle de l'avènement d'une société de communication et d'information, qui va sans nul doute transformer radicalement le rapport des individus à leur santé, mais aussi aux services de soins : on passe d'une relation patient-prestataire marquée par la dépendance et l'ignorance du premier, à une relation au sein de laquelle le bénéficiaire des soins est à la fois plus exigeant et plus savant. L'économie de la santé doit prendre en compte ces évolutions majeures dans l'orientation des travaux de recherche à venir. ◀

---

## Gérard de Pouvourville André-Pierre Contandriopoulos

---

G. de Pouvourville: CREGAS, Centre de recherche en économie et gestion appliquée à la santé, Inserm U. 537, Pavillon de la Force, Hôpital Bicêtre, 80, rue du Général-Leclerc, 94276 Le Kremlin Bicêtre, France. A.P. Contandriopoulos: Département administration de la santé, Université de Montréal, 2375, chemin Côte Sainte-Catherine, Pavillon Marguerite d'Youville, Montréal H3T 1A8 QC, Canada.

**O**n peut définir la science économique comme la science des choix dans un univers où il y a toujours contrainte sur les ressources mobilisées par l'activité des hommes, et où il est donc légitime de comparer les différents usages qui sont faits de ces ressources du point de vue des bienfaits qu'ils apportent à la société.

### **L'irruption de l'économique dans le champ de la santé**

L'irruption de l'économique dans le champ de la santé est un phénomène récent. Il résulte, dans les pays développés, du passage graduel, durant la deuxième moitié du xx<sup>e</sup> siècle, d'une période au cours de laquelle les sociétés ont donné de façon consensuelle une forte priorité dans l'allocation des fruits de la croissance aux dépenses des systèmes de soins (la part des dépenses de santé dans le PIB a doublé dans les pays de l'OCDE entre 1960 et 1990), à une période où cette priorité est de plus

en plus remise en cause. Cette remise en cause est la résultante de l'action conjuguée de la mondialisation de l'économie et en particulier des marchés financiers, du développement excessivement rapide des connaissances scientifiques dans le domaine de la santé et des technologies, et du vieillissement de la population qui simultanément élargissent le champ d'action de la médecine et rendent les sociétés très sensibles à la nécessité de contrôler les dépenses publiques. Les choix d'emploi des ressources deviennent plus conflictuels. Pourquoi et pour qui sont-ils conflictuels? Là s'ouvre la boîte de Pandore des questions des économistes.

Le débat n'est public et politique que parce que la distribution des ressources au système de services de soins de santé est faite, dans la majorité des pays développés, sous contrôle public. Mais pourquoi en est-il ainsi? S'il est légitime qu'il en soit ainsi, alors pourquoi y-a-t'il conflit avec d'autres emplois des ressources publiques? La santé ne s'impose-t-elle pas naturellement comme un bien supérieur aux autres? Comment cependant organiser des services de santé efficaces dans une société sans un minimum de paix civile? de cohésion sociale? com-

ment faire progresser les moyens thérapeutiques sans recherche, et donc sans système éducatif? Il y a donc interdépendance entre les dépenses collectives, et ce qu'il faut chercher est la répartition optimale des ressources entre les services. En a-t-on pour autant terminé, du point de vue de l'économiste? Non, car il faut encore s'assurer que les ressources mises à disposition sont bien utilisées, ont le meilleur rendement possible pour la société. Or, selon les méthodes utilisées pour allouer les ressources entre les différents services de soins, pour financer les ressources collectives, on peut observer des rendements plus ou moins bons. Par exemple, le paiement à l'acte est mis en cause à l'heure actuelle, car il inciterait les médecins à faire plus d'actes qu'il n'est médicalement nécessaire.

Ce ne sont là que quelques-unes des questions que se posent les économistes de la santé depuis cinquante ans et qui aujourd'hui prennent le devant de la scène. L'objet de cet article est triple: tout d'abord décrire le champ de l'économie de la santé, en faisant la liste des questions de recherche qui sont abordées dans cette discipline; ensuite évoquer les principaux débats au cours des cinquante dernières années; enfin dire

quelles sont de notre point de vue les questions importantes de recherche pour demain. Les deux dernières parties sont nécessairement partielles: un choix a été fait et l'ensemble du domaine de recherche n'est pas couvert. De même, la partie prospective reflète l'opinion des deux auteurs quant à l'importance relative des axes possibles de recherche. Enfin, le lecteur peu familier des concepts de l'économie pourra s'appuyer sur l'article d'initiation publié par les auteurs dans la rubrique « Histoire et Sciences Sociales » (p. 1236 de ce numéro).

### **Le champ de l'économie de la santé**

Pour décrire le domaine d'application de l'économie de la santé (*voir encadré*), on peut commencer par schématiser le domaine couvert par le système de santé (*figure 1*). La santé des individus et de la population est, dans une société donnée, caractérisée par son environnement physique, organisationnel, économique et culturel, façonnée par son bagage génétique, par les conditions de vie qui prévalent, par la structure sociale qui existe et par la capacité du système de soins à diagnostiquer, prévenir, traiter les problèmes de

## **Économie de la santé: définition et enjeux**

L'économie de la santé est un champ disciplinaire qui s'intéresse à des questions que l'on peut regrouper autour de quatre grandes préoccupations.

### **1. Développement et santé**

La situation économique et le niveau de développement de la société ont un effet sur la santé des populations (déterminants de la santé de la population) et inversement la santé de la population en tant que facteur contribuant à la capacité de production de la main-d'œuvre (capital humain) influence positivement le développement économique.

### **2. Activité économique et système de soins**

Le système public de soins constitue un poste de dépense important dans tous les États. Il est instrumental à la mise en œuvre des politiques de redistribution entre différents groupes de la société (entre les bien portants et les malades, entre les jeunes et les vieux, entre les payeurs des taxes et les utilisateurs des services de santé,...); il crée ainsi du capital social. En réduisant la durée et l'intensité de la maladie il participe à la création de capital humain. En produisant de nouvelles connaissances et des technologies il crée du capital économique.

### **3. Régulation du système de soins**

L'analyse économique du fonctionnement du système de soins vise à optimiser l'emploi des ressources (publiques et privées) pour offrir à toute la population des soins de qualité de façon équitable. L'économie est mise à contribution pour analyser et comprendre comment les incitations financières, organisationnelles, réglementaires et légales influencent les acteurs du système de soins (patients, professionnels, gestionnaires, planificateurs...).

### **4. Évaluation économique**

L'évaluation économique est une technique qui, en fournissant une information explicite sur les coûts et les conséquences des différentes interventions (cliniques, programmes, organisation, politiques), vise à améliorer les décisions et donc à favoriser une utilisation efficiente des ressources.

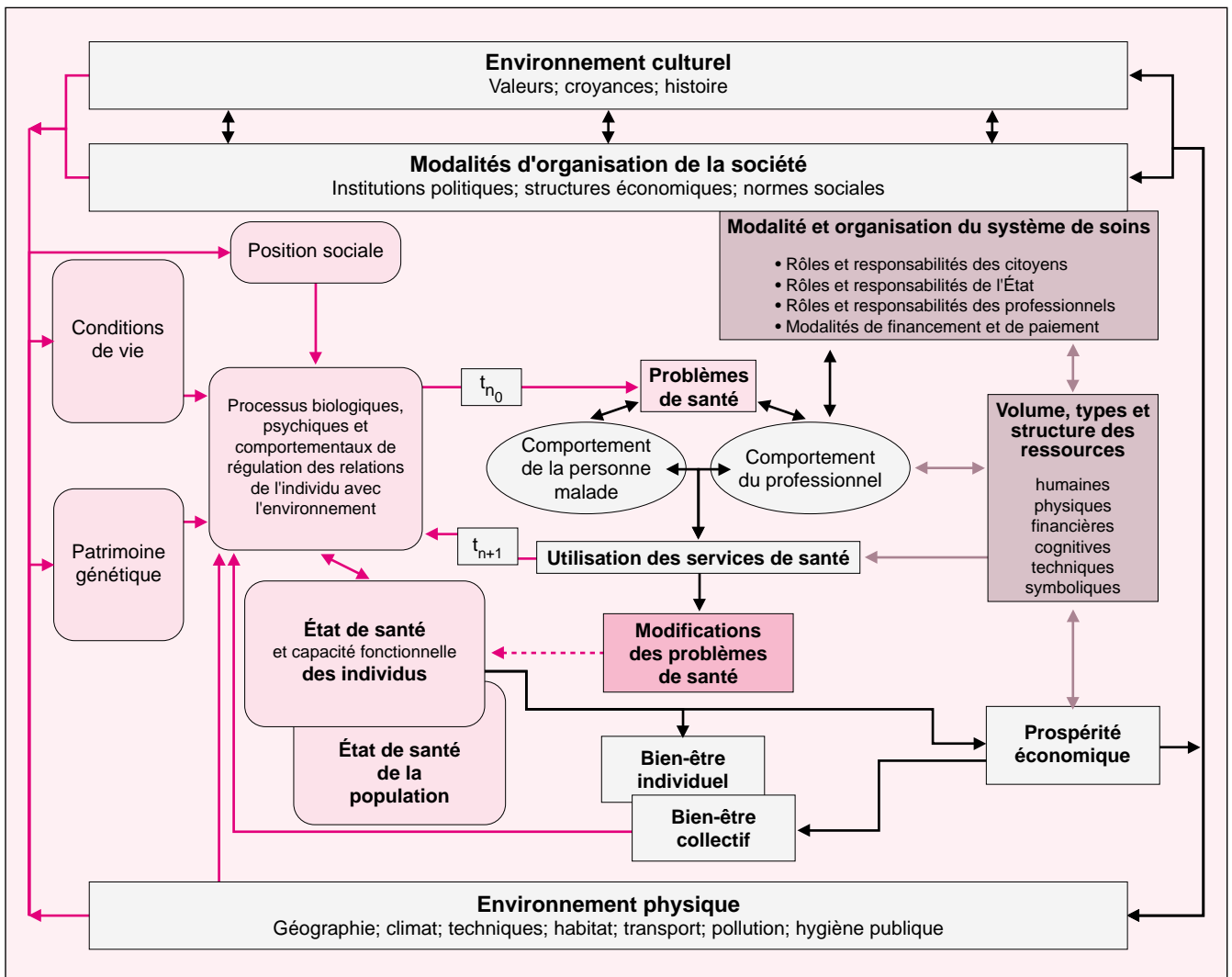


Figure 1. **Le système de santé.**

santé et à pallier les problèmes chroniques. Le bien-être de la population est dépendant de l'ensemble de ces facteurs. En retour, il est aussi un facteur de résistance à la maladie. Le champ de l'économie de la santé peut se définir par rapport aux domaines couverts par le système de santé. C'est ce que nous avons illustré sur les schémas des figures 2 et 3 en proposant de découper les questions qui sont abordées par l'économie de la santé en quatre grandes familles [1]: (1) les questions qui touchent la régulation du système de soins; (2) l'évaluation économique des actions de soins; (3) les relations entre l'activité économique et le système de soins et (4) les relations réciproques qui existent entre la santé et

le développement économique et social, c'est-à-dire tout le domaine des déterminants sociaux de la santé.

### **La régulation du système de soins**

En premier lieu, la santé peut être définie par l'absence de maladie. Les services de soins de santé ont pris au cours du temps une place dominante dans l'offre de solutions permettant de restaurer un état de santé en agissant sur les causes premières et secondes de sa dégradation. Du point de vue de l'économiste, on délimite alors un premier domaine d'investigation, celui de la régulation du système de soins. Les questions de recherche découlent alors logique-

ment des caractéristiques des biens et services de santé: l'incertitude sur la survenue de la maladie, qui induit un besoin d'assurance; l'ignorance du patient face au savoir médical, qui conduit à déléguer aux professionnels la responsabilité d'évaluer les besoins de soins à la place du malade; l'existence de comportements « irrationnels », ou à risque, conduisant les individus à privilégier le présent sur le futur, à ne pas adopter de comportements préventifs; l'existence d'externalités positives, c'est-à-dire de situations dans lesquelles le comportement d'un individu a des retombées positives sur les autres, sans qu'il puisse pour autant leur en faire partager les coûts. Dans un tel contexte, une controverse centrale est celle de

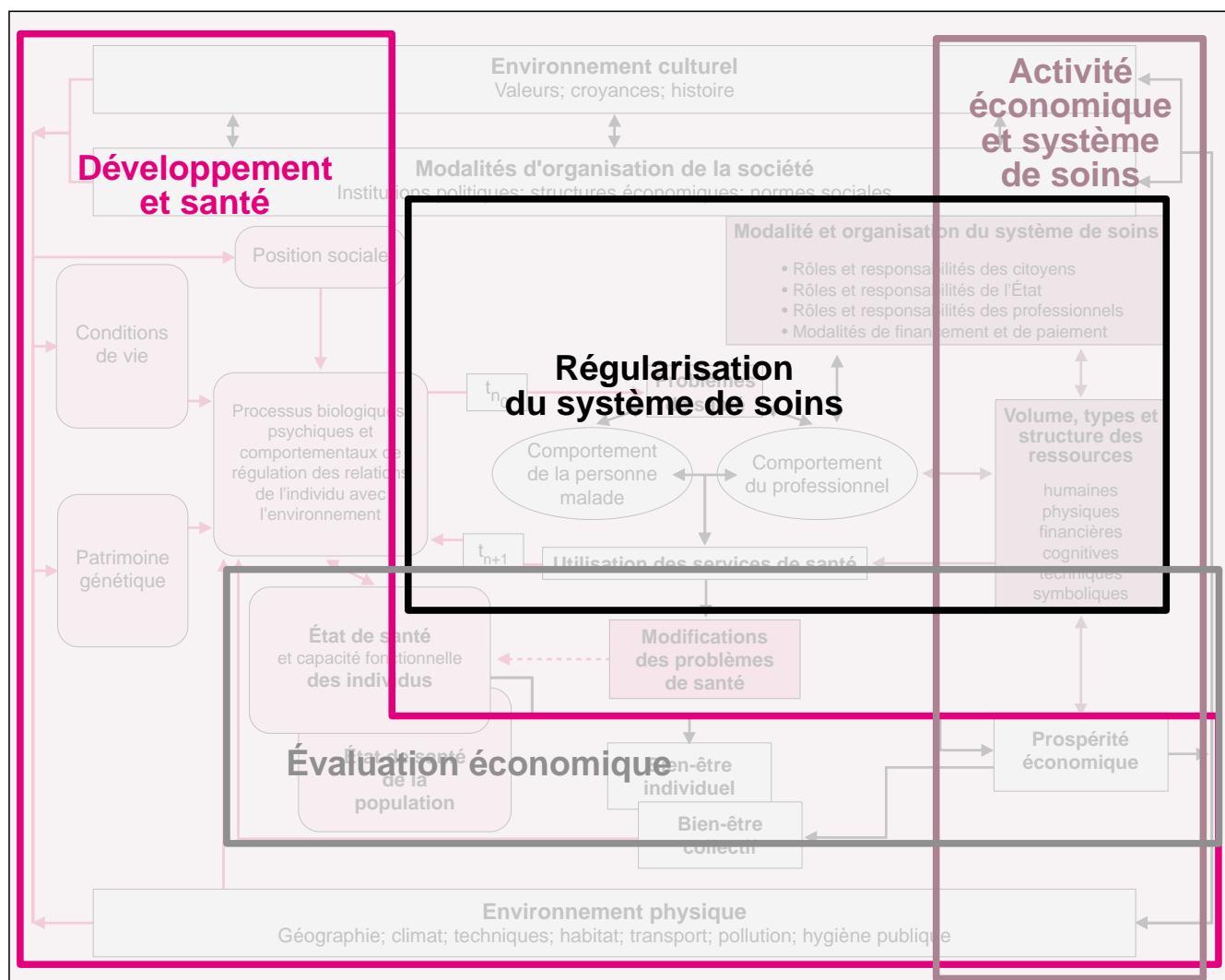


Figure 2. **Le champ de l'économie de la santé.**

la place de mécanismes de concurrence tant en matière d'assurance maladie que d'offre de services de soins; de façon induite, de la place que doivent tenir des mécanismes de responsabilisation des « usagers » (le ticket modérateur). Enfin, ce domaine de recherche inclut l'analyse économique du comportement à risque de santé des individus, comme le tabagisme, l'alcoolisme ou la conduite dangereuse.

### **L'évaluation économique des actions de soins**

Le deuxième domaine de recherche – l'évaluation économique des actions de soins – est celui qui a eu la plus grande visibilité pour les profession-

nels du système de soins au cours des vingt dernières années, puisqu'il superpose à la décision clinique un critère de décision économique qui est celui de l'optimisation des ressources, une éthique collective de gestion de la rareté à une éthique de la responsabilité vis-à-vis de chaque patient. Dans ce cas, on admet que l'allocation des ressources est du ressort d'une instance tutélaire éclairée et bienveillante. Mais comment précisément éclairer ces décisions? Notamment, comment mesurer, d'une part, les états de santé résultant d'une action de soins? Comment comparer, d'autre part, différents états de santé entre eux, pour pouvoir comparer les bénéfices de plusieurs actions de soins?

### **Activité économique, système de soins et santé**

Il existe par ailleurs des interdépendances multiples entre l'activité économique au sein d'une société et le système de soins. Au premier niveau, le développement des soins est lui-même dépendant de la production de connaissances nouvelles en recherche fondamentale, en recherche appliquée et en développement de technologies nouvelles. L'économie de la connaissance est l'objet d'un regain d'intérêt récent dans la recherche, eu égard au développement des recherches autour du génome et de ses applications diagnostiques et thérapeutiques. En effet,



Figure 3. **Le système de santé : domaines étudiés par l'économie de la santé.**

les frontières traditionnelles entre recherche publique et recherche privée sont de plus en plus brouillées, soulevant ainsi des problèmes théoriques et pratiques nouveaux d'attribution de droits de propriété et donc de partage de la rente d'innovation. L'économiste doit aussi s'intéresser aux conséquences pathogènes des autres activités économiques, à leurs effets externes négatifs sur la santé des individus. Les domaines considérés sont, par exemple, l'environnement (par le biais de pollutions dangereuses pour la santé de l'homme ou des risques de catastrophes industrielles), et le milieu de travail. L'économiste peut alors poser la question de l'intervention sur ces actions en raisonnant au niveau micro-économique : comment inciter l'industriel pollueur à cesser ? L'industriel qui met en danger la santé de ses

employés ? Plusieurs types d'actions sont alors possibles, que l'économiste va comparer du point de vue de leur efficacité pour la société : l'action réglementaire (par exemple l'interdiction d'utiliser une substance dangereuse), l'incitation économique, soit par la taxation-détaxation, soit par l'instauration d'un marché des droits à polluer. Enfin, à un troisième niveau, il existe un lien entre la façon dont le système de soins est financé et le dynamisme d'une économie. Par exemple, il n'est pas indifférent, d'un point de vue macro-économique, de financer le système de soins par l'impôt général, ou par un système de cotisations sociales assises sur les revenus du travail. En simplifiant, dans le second modèle, les cotisations sociales ont un impact direct et *ex ante* sur le coût d'un facteur de production, le travail,

alors qu'en principe le prélèvement fiscal s'exerce *ex post* et de façon neutre par rapport aux facteurs de production. Dans le premier cas par rapport au second, il y a donc effet direct et biaisé sur la compétitivité des entreprises.

### **Développement économique et social et santé**

L'économiste peut également poser cette question de façon plus générale, en ouvrant un autre champ de recherche. Quand il raisonne en termes d'incitations à mettre en place pour infléchir un comportement dans un sens donné, il fait l'hypothèse implicite d'un comportement rationnel de l'acteur face à signaux économiques positifs ou négatifs. Ce faisant, il fait abstraction du fait que la

structuration de ces comportements puisse suivre une autre logique que celle du calcul des bénéfices et des sanctions matériels, logique qui les surdétermine. D'un point de vue épistémologique, on passe alors du paradigme de l'individualisme méthodologique à celui du holisme. Le comportement des individus résulte alors de phénomènes de socialisation qui échappent en grande partie à leur conscience et à leur volonté. Si cette hypothèse est vraie, alors seules des transformations profondes du fonctionnement d'une société peuvent modifier les comportements des individus, les incitations faisant appel à la raison engendrant des comportements de rejet, d'adaptation ou de contournement allant à l'encontre du but recherché. Le débat actuel en France sur les moyens d'améliorer la sécurité routière sont illustratives de cette opposition théorique.

Par ailleurs, ce champ de recherche conduit à sortir d'une conception de la santé comme absence de maladie. Certes, certains aspects du fonctionnement de la société sont générateurs de risque de maladie, de handicaps ou de mort pour les individus. On peut à l'inverse observer que le fonctionnement de la société peut également être génératrice de « bonne santé », au sens non seulement de la diminution des risques d'exposition à des agents pathogènes, mais au sens du renforcement des capacités de résistance des individus, de leur « capital santé », pour reprendre un terme utilisé par les économistes et passé dans le grand public. D'une façon générale, le lien entre développement économique d'une société et état de santé de la population est au coeur de travaux de recherche de l'école canadienne d'économie de la santé, ainsi que des économistes qui travaillent sur les pays en voie de développement. Ces interrogations peuvent se traiter au niveau des comportements individuels : par exemple, l'offre par les grandes entreprises américaines de programmes d'assurance maladie attirants aux employés qui acceptent d'adopter des comportements de santé vertueux. Elles peuvent se traiter aussi au niveau collectif : on fait ici référence aux travaux sur la persistance des inégalités sociales devant la santé. Si l'on adopte cette perspective, on est

conduit à postuler que le fonctionnement d'une société, indépendamment de son système de soins, peut avoir un impact important sur la capacité de ses membres à rester en bonne santé. On peut également postuler que d'autres grandes fonctions collectives, comme la sécurité, la justice et l'éducation, peuvent contribuer à la santé des membres d'une société : dès lors, pour l'économiste, se pose à nouveau la question de l'arbitrage en matière d'allocation des ressources entre ces différentes fonctions. Sur le schéma (figures 1 et 2), on a regroupé les questions qui précèdent sous le thème du lien entre développement économique et social et santé.

### Les débats actuels en économie de la santé

Les problématiques de recherche présentées ci-dessus ont été traitées inégalement au cours des cinquante dernières années ; l'économie du système de soins et l'évaluation économique des actions de soins sont les domaines qui ont mobilisé le plus les chercheurs au niveau international. Cela reflète à la fois les succès du système de soins, le prestige des professionnels et la croyance forte dans son rôle central en matière de santé des individus dans nos sociétés. On se limitera volontairement ici à discuter deux questions relatives à ces domaines, qui sont objets de débats scientifiques et de société : le rôle de la concurrence dans la régulation économique du système de soins, l'évaluation économique des actions de soins.

#### La concurrence comme mode de régulation du système de santé

D'un point de vue théorique, il n'est pas possible de démontrer l'existence d'un équilibre de Pareto\* pour les biens et services de santé, compte tenu de l'incertitude de la survenue de la maladie et de l'asymétrie d'information entre professionnels et patients. Autrement dit, il n'est pas possible de tirer les bénéfices d'un

marché de concurrence pure et parfaite. Alors pourquoi parler de concurrence ? Il s'agit en réalité autant d'un débat théorique que d'un débat politique. Sur le plan théorique, il faut trouver un substitut aux mécanismes de marché. Ce substitut doit se situer à deux niveaux : au niveau de l'organisation de l'assurance maladie, au niveau de l'organisation de la distribution des soins. Si ce substitut est l'instauration de monopoles publics, alors la question du contrôle de l'efficacité de ce monopole se pose. Sur le plan politique, l'intervention d'instances publiques dans la régulation économique d'un secteur d'activité implique nécessairement des entraves à la liberté d'entreprendre et de développer des activités. Or, le secteur des services de santé est économiquement très attractif : la santé est devenue une préoccupation majeure des habitants des pays développés, garantissant des croissances fortes et stables de marché, et donc de la rentabilité des capitaux investis. On est alors au coeur du débat : d'un côté, de forts arguments théoriques plaident en la faveur d'une régulation publique tant de l'assurance maladie que de la distribution des soins, mais alors se pose, de l'autre côté, la question du contrôle des bureaucraties publiques ainsi créées. Apparaît alors l'idée de réintroduire l'aiguillon de la concurrence, idée qui a évidemment la faveur du milieu des investisseurs et des entrepreneurs, compte tenu de l'attrait du système de santé, mais il est quand même nécessaire, pour les mêmes raisons théoriques que précédemment, d'introduire des mécanismes d'encadrement de cette concurrence : le coût de ces mécanismes ne va-t-il pas alors à terme compenser les bénéfices d'une compétition accrue ? Pour approfondir ce débat, on répondra, non pas de façon théorique, mais en tirant partie de la comparaison des différents systèmes au niveau international. On consacre dans ce texte une place assez importante aux États-Unis d'Amérique : c'est de ce pays que proviennent la majeure partie des initiatives et des innovations visant à introduire des mécanismes de concurrence dans le système de santé. Historiquement, trois grands modèles ont émergé en réponse à ces questions politiques et théoriques.

\* Pour une définition des « équilibres de Pareto », voir l'article « Économie de la santé : introduction aux principaux concepts », p. 1236 de ce numéro.

- *Le modèle du service national de santé*

Le premier modèle est celui du système public intégré, ou « beveridgien », dont l'exemple type est le *National Health Service* (le NHS) du Royaume-Uni, avant les réformes de 1990. Ce modèle apporte une même réponse à la question de l'organisation de l'assurance maladie et de la distribution des soins: il s'agit d'un service public unique, financé par l'impôt. Il en découle une caractéristique importante, qui est le rationnement des moyens disponibles pour le système de soins, par le biais des arbitrages budgétaires au niveau du gouvernement. Les établissements hospitaliers sont des services extérieurs d'une même administration nationale. Certes, la médecine de ville est privée, mais sa régulation fait l'objet d'une négociation entre deux monopoles, d'un côté le NHS, de l'autre, la *British Medical Association*, agissant comme syndicat unitaire des praticiens privés. Il n'y a donc pas de secteur concurrentiel en matière d'assurance, et la concurrence entre prestataires de services est réduite par l'octroi de monopoles locaux aux établissements hospitaliers. Seuls les cabinets de généralistes peuvent se faire concurrence, mais ceux-ci n'avaient pas beaucoup de moyens jusqu'aux réformes récentes pour différencier leur offre entre « clients » et ainsi gagner des parts de marché au détriment des confrères (notamment, pas de concurrence par les prix). Ce modèle public est présent essentiellement au Royaume-Uni, dans les pays scandinaves et, en Amérique du Nord, au Canada (avec cependant des degrés divers de distribution publique des soins selon les provinces).

- *Le modèle continental des assurances sociales*

Le deuxième modèle est continental: il s'agit du modèle dit des « assurances sociales », ou bismarckien. Il apporte avant tout une réponse politique à l'organisation de l'assurance maladie, face à l'intervention de l'État et des « offreurs de soins » (les hôpitaux et les médecins). Il s'agit d'un modèle développé à l'origine pour les travailleurs ouvriers, dans une logique de solidarité et de mutualisation professionnelle. Il se distingue

cependant d'une logique d'assurance commerciale par le fait que la contribution des assurés n'est pas ajustée sur le niveau de risque de chacun, mais en fonction de sa capacité contributive. Il organise donc aussi une redistribution entre personnes ayant des niveaux de revenus différents. Ce modèle a plusieurs variantes. En général, dans les pays à assurances sociales, l'affiliation est obligatoire mais les assurés potentiels peuvent avoir le choix de leur assureur. Des assureurs privés à but lucratif peuvent y jouer un rôle important. Le niveau du financement résulte de la capacité des syndicats ou des organismes mutualistes à faire supporter une partie du financement aux propriétaires des entreprises, aux autres organisations économiques de statut divers et à l'État. Ce compromis social est arbitré de façon plus ou moins interventionniste par l'État suivant les pays. Le principe est toutefois celui d'une gestion des intérêts des assurés directement par leurs représentants. La cotisation fondée sur le salaire est le symbole d'une prise en charge collective par un groupe professionnel, d'une réelle responsabilisation qui doit peu à l'État et beaucoup à la pugnacité des travailleurs contre les employeurs et les propriétaires du capital. Le montant des dépenses d'assurance maladie ne fait pas l'objet du débat budgétaire classique. Il n'y a donc pas de contrôle parlementaire des dépenses de santé. A celui-ci, se substitue la démocratie syndicale ou solidariste et le rapport de force. Cependant, l'État peut légiférer sur les règles générales du jeu, pour préserver une certaine égalité des droits malgré le pluralisme des caisses. Enfin, la démocratie sociale est un exercice qui devient de plus en plus difficile lorsque la taille des organisations de protection sociale et la complexité des opérations qu'elles gèrent croît: le modèle d'assurance sociale n'est pas exempt de la critique d'une capture au service de la technocratie et de l'élite dirigeante des caisses.

Ce modèle peut introduire une concurrence entre organismes d'assurances, y compris privées, ce qui est le cas en Allemagne, en Autriche, en Suisse, en Belgique, au Luxembourg, aux Pays-Bas. Cette concurrence est néanmoins encadrée par des règles

garantissant l'universalité de la couverture (en général l'assurance maladie est obligatoire), l'égalité de traitement des assurés sur le territoire et l'interdiction de la sélection des assurés sur la base des risques individuels. En France, il y a une position dominante d'une grande caisse et homogénéisation des règles pour les autres caisses. Il est donc difficile de parler de concurrence entre régimes. Un tel modèle coïncide en Europe avec des services de soins pluralistes, mêlant prestataires de services de statut public et privé, dont le fonctionnement et le financement sont régis par un mélange de règles, de lois et de conventions. En général, il y a une concurrence entre prestataires, ce qui les rend plus sensibles aux demandes des patients-clients que dans un système uniquement public. Il y a peu de contrôle dans l'accès aux soins pour les usagers, notamment pas ou peu de barrage dans l'accès aux soins spécialisés. Les forces d'échappement à un contrôle global des dépenses sont importantes, car les acteurs économiques sont multiples. De fait, ce pluralisme peut engendrer également un manque de coordination entre les prestataires.

- *Le modèle concurrentiel d'assurance maladie*

Le troisième modèle est celui des États-Unis d'Amérique [2]. Il repose sur un large secteur de compagnies privées d'assurance-maladie, en concurrence entre elles, et sur deux dispositifs publics, le fonds *Medicare*, dédié aux personnes de plus de 65 ans, et les fonds *Medicaid*, gérés et financés en grande partie par les États, réservés aux personnes à bas revenus. Les compagnies d'assurance privées peuvent être ou non à but lucratif. La souscription d'un contrat d'assurance maladie n'est pas obligatoire. La couverture de ce risque est le plus souvent offerte par l'employeur, et elle fait partie du contrat de travail. Ce sont donc les employeurs qui négocient des plans avec des compagnies d'assurance. L'offre de soins est également assurée en majeure partie par des prestataires privés, tant au niveau de la médecine de ville que de la médecine hospitalière. Ceux-ci sont en concurrence entre eux, sur les marchés locaux de soins.

Ce modèle a plusieurs conséquences. Le niveau de couverture est hétérogène selon l'employeur, la compagnie d'assurance, le niveau d'effort financier des individus. Des personnes ou des ménages de revenu modeste, travaillant dans de petites entreprises, peuvent ne pas être couverts. L'entreprise est trop petite pour assumer ce coût, et le niveau de revenus trop faible pour payer une assurance volontaire. Le simple changement d'emploi peut créer une rupture de la couverture du risque. Le modèle concurrentiel sans obligation d'assurance crée donc de l'exclusion, dans des proportions relativement importantes (de 25 % à 30 % de la population). Cette population exclue n'est pas nécessairement une population indigente: il s'agit des jeunes entrant sur le marché du travail et trouvant des emplois peu qualifiés ou précaires dans de petites entreprises, ou de ménages aux revenus modestes, mais au-dessus des minima sociaux. L'évolution globale des dépenses de santé résulte de l'agrégation de multiples comportements micro-économiques, et ne peut donc pas être contrôlée au niveau national, comme c'est le cas dans le modèle du système public. L'évolution de cette dynamique concurrentielle au cours du temps est cependant riche d'enseignements, car les États-Unis d'Amérique sont de ce fait un extraordinaire laboratoire d'innovations sociales, pour le meilleur et pour le pire.

### Le « filet de sécurité » public

On peut schématiquement distinguer trois temps dans cette dynamique. Le premier temps est celui de l'extension du marché et de l'apparition des fonds publics, *Medicare* et *Medicaid*. Dans cette configuration, outre les fonds publics, trois types d'opérateurs coexistent: des assureurs privés à but non lucratif, des assureurs privés à but lucratif, et, de façon minoritaire, des fonds développés par des employeurs, dont le modèle initial est celui de la Kaiser, entreprise sidérurgique en Californie. Les deux premiers opérateurs fonctionnent de la même façon vis-à-vis de leurs assurés et des producteurs de soins: ils remboursent à des hauteurs variables tous les soins délivrés, mais exercent peu de contrôle sur l'opportunité de ces

soins et leur qualité. Leurs mécanismes de contrôle des dépenses sont le taux de remboursement, et le plafonnement annuel des remboursements par assuré. *Medicare* et *Medicaid* fonctionnent à cette époque sur la même base. Le troisième type d'opérateur est précurseur. Dans ce cas, le payeur final, c'est-à-dire l'employeur, préfère développer lui-même son schéma d'assurance: il intègre au lieu de recourir au marché. Mais il va plus loin: il va contrôler l'ensemble des soins offerts à ses employés en investissant dans un mini-système de soins intégré, comprenant centres de soins primaires, cabinets de dentistes, hôpitaux de soins aigus, maisons de convalescence, etc. C'est l'émergence du modèle dit de *Health Maintenance Organization* (HMO), qui, comme son nom le suggère, vise à promouvoir et à maintenir la santé de ses membres par la recherche d'une coordination poussée des soins à l'intérieur d'un financement global régulé par la firme.

#### • L'émergence d'organisations intégrées gestionnaires des risques

Le deuxième temps est celui de l'émergence de la préoccupation de l'explosion des dépenses de santé, au cours de la décennie 1970. Les compagnies d'assurance traditionnelles doivent faire face à une explosion des dépenses: rappelons qu'elles n'exercent aucun contrôle ni sur l'opportunité des prestations servies à leurs assurés, ni sur les coûts unitaires de celles-ci. Elles n'ont donc d'autres ressorts que d'augmenter les primes ou de baisser le niveau des prestations. Dans le premier cas, elles renchérisent les coûts salariaux de leurs entreprises clientes, dans l'autre, elles dégradent la couverture de leurs assurés qui recherchent des alternatives plus attrayantes. Cette explosion des dépenses touche aussi *Medicare* et *Medicaid*, mais cette fois ce sont le budget fédéral et celui des États qui en font les frais, soulevant une vague de critiques des parlementaires républicains dénonçant l'augmentation de l'endettement public et de la pression fiscale. Au cours de cette période commencent à émerger plusieurs solutions qui ont comme point commun d'augmenter la pression concurrentielle dans le système, tant au

niveau des assurances que des producteurs de soins.

Le modèle du HMO devient une référence, et le gouvernement fédéral propose des incitations fiscales favorisant l'émergence d'une offre d'assurance plus large fondée sur ce modèle: il s'agit d'une offre de plans d'assurance à prime fixe, payée une fois pour toutes. L'ensemble des soins requis pour les patients sont alors couverts par cette prime, sans versement supplémentaire. L'assuré perd sa liberté de choix; il doit s'adresser aux prestataires de services choisis par l'assureur. Pour s'assurer de la solvabilité de son plan, celui-ci doit développer des procédures de contrôle des recours aux soins, et des coûts unitaires. Pour ce faire, il peut choisir d'intégrer complètement les prestataires de services: médecins de ville, laboratoires, hôpitaux. Il peut aussi utiliser le pouvoir de négociation représenté par la masse de ses assurés pour négocier des contrats avec des prestataires sur des bases de prix fixés a priori, de volumes garantis (en nombre de patients) et de contrôle de la qualité. A l'origine, le succès économique des HMO sera obtenu principalement par une diminution spectaculaire du recours à l'hospitalisation, le succès commercial par l'attrait de la prime fixe, en général à un coût total inférieur aux plans traditionnels pour les assurés et leurs employeurs.

Parallèlement, *Medicare* met en place une innovation majeure, qui va marquer les systèmes de soins de tous les pays développés. L'administration fédérale met fin à un mode de paiement des dépenses hospitalières sans contrôle, où toutes les factures sont payées, ce qui laisse la porte ouverte à une sur-consommation de soins. Elle adopte un système de classification des séjours hospitaliers, les *Diagnosis Related Groups* (DRG) [3], développés par un professeur de gestion de l'Université de Yale. Cette classification de séjours hospitaliers comportait environ 500 groupes, chaque groupe étant constitué de séjours motivés par des situations cliniques comparables, et requérant donc par hypothèse des moyens comparables. *Medicare* introduit la notion de paiement forfaitaire au cas, un hôpital recevant le même montant pour des cas semblables, quelles que



soient les caractéristiques individuelles du patient. Cela permet aussi à *Medicare* de standardiser ses niveaux de prix sur l'ensemble des établissements. Le système DRG a été adopté en France en 1982 dans le cadre du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) [4, 5], et les DRG baptisés «groupes homogènes de malades».

La montée en puissance d'opérateurs exerçant une forte pression sur les établissements hospitaliers, HMO et *Medicare*, a induit des restructurations en chaîne. Le système hospitalier américain, à dominante privée mais à but non lucratif, s'était constitué dans l'après-guerre grâce à un système de subventions publics, aux donations et à la générosité du système de paiement. L'augmentation de la pression des payeurs et la course à la technologie ont mis en péril bon nombre d'établissements dont les équipes de direction n'étaient pas préparées. Dans le même temps, on a donc assisté à la constitution de grands groupes, les chaînes d'hôpitaux, soit à l'initiative d'investisseurs privés attirés par un secteur en pleine expansion, bénéficiant d'une fiscalité favorable et pensant disposer du savoir-faire de gestion requis pour faire face aux changements en cours, soit comme manœuvre de défense de structures existantes face à la montée du pouvoir économique des HMO.

• *La généralisation de la concurrence et sa contestation*

Le troisième temps de cette dynamique se situe à peu près dans la décennie des années 1990. On peut le caractériser par une généralisation des mécanismes de concurrence, tant au niveau de l'organisation de l'assurance que de la distribution des soins. Cette généralisation se traduit par la disparition de modèles dominants, ce qui n'est pas inattendu dans l'économie très décentralisée que connaissent les États-Unis. Le modèle initial du HMO, structure complètement intégrée d'assurance et de production de soins, se diversifie vers un modèle de nœuds de contrats entre un assureur, et des regroupements de producteurs de soins de statut divers : regroupements de professionnels de villes, chaînes d'établissements. Il y a donc concurrence entre les assureurs auprès des ménages et de leurs

employeurs. Ces derniers peuvent parfois être à l'origine de plans d'assurance qui viennent concurrencer les assureurs traditionnels. Il y a également concurrence entre les assurances pour obtenir des contrats avec des groupements de producteurs de soins ; en effet, ceux-ci ont réagi à la montée en puissance des HMO. Des hôpitaux ou des chaînes d'hôpitaux rachètent des réseaux de médecins de ville pour renforcer leur position. Par ailleurs, le concept même du HMO est remis en cause de façon violente, pour deux raisons : (1) les ménages américains assurés en HMO demandent à pouvoir bénéficier de plus de liberté de choix dans l'accès aux soins ; (2) la pression sur les producteurs de soins s'est traduite par un transfert massif de revenus des professionnels vers les actionnaires et les dirigeants des HMO, en même temps qu'une diminution de l'accès aux soins pour les ménages. L'opinion publique américaine a mal ressenti l'enrichissement spectaculaire et rapide de certains dirigeants de HMO.

Quelles sont les principales leçons du modèle américain ? Tout d'abord, il est une très convaincante preuve empirique que le fonctionnement d'un système d'assurance maladie volontaire, sans universalité, est générateur d'exclusion pour une partie importante de la population qui pourtant n'est pas sans revenu ni sécurité matérielle. Le principe d'une couverture universelle obligatoire garantit donc un principe d'égalité devant l'accès à l'assurance. Cependant, ce principe peut se mettre en œuvre dans le cadre d'un monopole public, ou faire l'objet d'une concurrence administrée entre assureurs privés. Dans le premier cas, le problème essentiel est celui du contrôle de l'efficacité d'une bureaucratie publique, et de la modernisation de sa gestion. Dans le deuxième cas, le modèle américain montre également que cette concurrence doit être encadrée sur les points suivants : l'individualisation de la gestion des risques, la différenciation des plans de santé offerts aux ménages, les mécanismes de rationalisation des pratiques professionnelles mis en place par les assureurs pour contrôler les coûts. La deuxième leçon importante est plus positive : l'ouverture du système de

soins à la concurrence a brisé le tabou de la mesure de l'efficacité et de l'efficacité des services de santé, a battu en brèche le monopole des professionnels sur l'évaluation des soins. Au cours des trente dernières années, la révolution informatique aidant, un arsenal d'outils visant à mesurer la performance des services de santé s'est développé, en provenance principalement des États-Unis : mesure de l'activité hospitalière avec le système DRG et des systèmes apparentés, mesure de la qualité des soins, mesure des résultats des interventions de soins, développement de l'*evidence based medicine*, ou médecine fondée sur des preuves, visant à encourager l'utilisation d'interventions de soins qui ont fait la preuve de leur efficacité avec un niveau de rigueur suffisant. Par ailleurs, cette ouverture à la concurrence s'est effectivement traduite par une amélioration de l'efficacité des services, notamment, aux États-Unis, par une diminution considérable du rôle de l'hospitalisation traditionnelle. Autrement dit, aujourd'hui, le payeur et le malade ne sont plus autant que par le passé dans une situation d'asymétrie d'information vis-à-vis des producteurs de soins, et cela conduit nécessairement à de nouvelles formes de relations contractuelles, plus exigeantes pour les professionnels, entre les différents acteurs. Troisième leçon : la mise en concurrence des services de santé se traduit dans le même temps par l'émergence de formes de coordination accrue, voire même d'intégration, entre les différents segments du système de soins, et par un contrôle accru du recours à la médecine spécialisée et à l'hôpital. En France, la réforme Juppé d'avril 1996 a consacré cette tendance par l'élaboration d'une politique incitative (aux effets encore bien timides) à la création de réseaux et de filières de soins.

### **L'évaluation économique des actions de soins**

Le calcul économique public s'est développé dans le domaine des services de santé pour des raisons déjà évoquées : la relation triangulaire entre assureur, prestataire de service et patient se prête à la fois à des comportements stratégiques exploitant

l'asymétrie d'information entre les acteurs et à des effets externes négatifs liés à des comportements à risque. Dans ces conditions, on ne peut pas compter sur l'établissement spontané d'un système de prix conduisant à un optimum social. Que serait ce système de prix? D'une part, des primes d'assurance fixés en fonction des préférences et des profils de risque des individus, d'autre part, le prix des prestations de services, qui serait fixé entre l'assureur et les « offreurs » de soins. Il faut alors trouver un autre moyen d'allouer des ressources rares entre des emplois concurrents. C'est là qu'intervient le calcul économique, qui va tenter de comparer ces emplois alternatifs en recherchant un optimum collectif.

### Le calcul d'un rapport coût-bénéfice

*A priori*, le principe d'un tel calcul est simple et paraît même de bon sens. Il semble légitime de privilégier les actions de soins qui donnent le meilleur résultat pour un montant de ressources identiques (le coût), ou qui consomment le moins de ressources pour un même résultat. Le principe d'un tel calcul est différentiel: il ne s'agit pas de mesurer dans l'absolu le rendement collectif d'une action de soins, mais bien de la situer par rapport au rendement collectif d'autres actions de soins, voire même d'autres investissements collectifs producteurs de santé. La difficulté surgit dès lors que l'on tente de définir chacun de ces termes, en leur donnant un fondement théorique qui permettrait de déduire un système de mesure rigoureux. En premier lieu, il est nécessaire de définir de quel point de vue on se place pour mesurer les ressources consommées par une action de soins, et pour en mesurer les résultats. Puisqu'il s'agit de la recherche du bien-être collectif, il faut en théorie identifier par différence l'ensemble des ressources mobilisés par une action de soins par rapport à une référence donnée. Cela justifie une définition de plus en plus extensive de l'espace des ressources qui doivent être considérées dans le calcul du coût d'une action de soins de santé. Dorénavant, il est recommandé d'inclure non seulement les coûts des prestations de soins de santé, mais également les ressources

qui peuvent être mobilisées par les patients à cause de cette action de soins, que ce soit au moment de son exécution que dans ses suites. Par exemple, le passage d'hospitalisations traditionnelles à des modalités plus légères, dites « ambulatoires », ou « de jour », peuvent reporter sur le patient et sa famille des charges qui étaient auparavant comptabilisées dans les dépenses hospitalières. Il est donc erroné, d'un point de vue qui englobe le prestataire et le bénéficiaire, de prétendre à une réduction du coût sans prendre en compte ce transfert de charge. En ouvrant de façon légitime le domaine d'analyse des ressources mobilisées, on soulève des questions théoriques et de méthodes nouvelles: comment valorise-t-on dans l'exemple précédent du « travail domestique », induit par le retour rapide à domicile? L'unité d'analyse pertinente n'est plus l'individu, mais aussi son entourage immédiat, ses « aidants naturels ». Tant que l'analyse porte sur des actions de soins dont les effets sont relativement immédiats et n'impliquent pas de conséquences à long terme, les coûts supportés par les patients et leurs familles sont relativement modestes par rapport aux coûts médicaux, et les erreurs faites en les négligeant ou en estimant des ordres de grandeur sont du second ordre. En revanche, lorsqu'il s'agit du traitement d'affections qui peuvent être invalidantes à long terme, le poids de ces ressources au cours du temps peut largement excéder les dépenses de soins. Or, à la fois pour des raisons théoriques et des questions liées à l'absence de données permettant d'observer l'utilisation de ces ressources, elles sont mal prises en compte dans les études empiriques réalisées aujourd'hui.

### Mesurer les résultats d'une action de soins du point de vue du bénéficiaire

Comment l'économie résout-elle la question de la mesure des effets d'une action de soins par rapport à une autre? Cette question a été traitée en détail dans *médecine/sciences* [6, 7], aussi on ne mettra l'accent ici que sur les caractéristiques suivantes. Il y a eu au cours des trente dernières années une évolution importante dans la façon d'aborder cette ques-

tion. La question de la mesure des bénéfices d'une action de soins a d'abord été traitée selon deux points de vue dominants. (1) Celui d'une tutelle bienveillante, cherchant à maximiser sous contrainte budgétaire des bénéfices collectifs en termes de nombre de vies sauvées, de nombre d'années de vie sauvées, ou de pertes de production évitées: en France, le modèle type (et une des premières applications) de cette démarche est le calcul du coût de la vie comme critère de décision dans les investissements en matière de sécurité routière. (2) Celui des professionnels de soins: les critères d'efficacité sont alors principalement cliniques, spécifiques à chaque action de soins, ne permettant pas de ce fait de comparer des actions de soins ne relevant pas du même domaine d'intervention. Ces deux approches ont été critiquées pour la même raison: elles ne permettaient pas de prendre en compte la désirabilité des états de santé liées à des actions de soins du point de vue des bénéficiaires, c'est-à-dire des patients. Le calcul économique appliqué à la santé s'est alors efforcé de développer des méthodes dont l'objectif est précisément de révéler cette désirabilité relative, avec une ambition très forte: utiliser des méthodes génériques pour décrire des états de santé, de façon à assurer une comparabilité totale de l'ensemble des actions de soins les unes par rapport aux autres; privilégier les méthodes qui aboutissent à une valorisation monétaire de ces états de santé, de façon à pouvoir établir des bilans économiques nets où les coûts et les bénéfices sont mesurés de la même façon, et non pas avec des unités hétérogènes, comme c'est le cas par exemple dans le calcul du coût d'un épisode de maladie évité ou d'une vie sauvée.

### Évaluation économique et allocation des ressources

En théorie, les résultats d'un tel calcul doivent permettre d'éclairer la décision publique d'investir dans une intervention donnée de soins, comparée à une intervention de référence. Le principe de la décision est simple dans son principe. On rapporte le bénéfice additionnel d'une intervention de soins par rapport à une autre,

soit  $\Delta B$ , à la variation de coût entre les deux interventions, soit  $\Delta C$ . Il y a une situation simple de décision, quand  $\Delta B > 0$  et  $\Delta C < 0$  ou  $\Delta C = 0$ . Dans ce cas, la nouvelle intervention est dominante, puisqu'elle apporte un bénéfice net à un coût moindre, ou égal. La situation symétrique est celle dans laquelle la variation de bénéfice est négative, avec des coûts égaux ou augmentant, donc l'intervention n'est pas à retenir. Dans ces cas, le critère économique semblerait rejoindre le critère médical. Il faut rappeler cependant que les bénéfices sont évalués à partir non pas des préférences des professionnels, mais de celles des malades, qui peuvent être différentes. Les situations plus problématiques et malheureusement les plus fréquentes sont celles où l'augmentation (ou respectivement la diminution) relative du bénéfice s'accompagne d'une augmentation (respectivement d'une diminution) des coûts de traitement. Plusieurs règles de décision sont alors envisageables en théorie. Elles ont toutes en commun de comparer le rendement attendu de la décision étudiée à celui d'autres décisions, correspondant à des utilisations différentes des ressources publiques. Cela peut se faire avec un principe de cohérence dans le temps : si des décisions ont été déjà prises pour des emplois ayant des rendements inférieurs, alors il est logique de donner un avis favorable à celle-là. Si on introduit en outre une contrainte budgétaire, alors en toute logique le financement de la nouvelle intervention ne peut se faire que par un transfert de financement des interventions moins rentables vers la plus rentable. L'application d'une telle règle de décision pose à la fois des problèmes théoriques et pratiques qui ne sont pas résolus de façon satisfaisante aujourd'hui. Par exemple, cette règle suppose que l'on connaît à tout instant le rendement de chaque intervention de soins. On pourrait certes décider d'une valeur seuil de rendement acceptable en deçà de laquelle les interventions seraient considérées comme peu rentable. C'est la voie qui a été choisie au Royaume-Uni, par exemple. De façon empirique et plutôt quasi mimétique, un tel seuil est en train de se construire dans la communauté internationale des économistes de la santé, comme référé-

rence « moyenne », au-delà de laquelle une innovation est considérée comme « chère » ou « raisonnable ». Ce seuil est exprimé en coût par année de vie gagnée, pondérée par la qualité. Cependant, personne ne sait comment déterminer ce seuil. En fait, cela souligne le fait que la question importante est bien celle du choix d'une procédure collective de débat et de décision conduisant à des arbitrages entre dépenses publiques.

### **Éthique individuelle, éthique collective**

On ne développera pas ici les limites de ce calcul économique public. Malgré ces limites, il représente l'irruption la plus visible de la logique économique dans le monde des professionnels de la santé. Il semble en effet être en contradiction avec la logique de la décision médicale. En effet, dès lors qu'une intervention est réputée plus efficace qu'une autre, du point de vue médical, elle doit être rendue disponible. Par ailleurs, le choix des moyens thérapeutiques pour un individu donné doit se faire uniquement en fonction de ses besoins, et non pas aussi en fonction des besoins des autres. L'argument économique ne remet pas en cause l'éthique médicale individuelle au cas par cas. Il ne s'agit pas de nier la possibilité pour le médecin de faire le maximum pour chaque malade. En fait, le médecin dans ce cas est victime d'une illusion : il fait tout son possible, mais ce possible est déterminé par de nombreux arbitrages collectifs, explicites ou implicites, qui conditionnent le niveau de ressources disponibles à chaque instant. Il est faux de croire que ce qui est une exigence pour lui à son niveau est en fait une exigence dont toute la société est solidaire. Il y a eu arbitrage dans l'utilisation des ressources collectives : ce que fait le calcul économique, c'est d'explicitier les termes de cet arbitrage, en montrant que parfois les choix faits de façon implicite peuvent ne pas être équitables au niveau collectif. Il ne se substitue pas à la décision individuelle du médecin face à son patient. Le calcul économique a contribué aussi à remettre en cause un autre aspect de la relation du professionnel de soins face à son patient, en réintroduisant les préférences de

ce dernier et en montrant qu'elles pouvaient être différentes de celle du thérapeute. De ce fait, il a contribué à ouvrir le chemin d'une relation plus équilibrée entre les deux parties. Cela ne signifie pas que l'asymétrie d'information qui est à la base de cette relation a totalement disparu. Cependant, cette asymétrie n'implique pas nécessairement que les patients n'ont pas la possibilité d'exprimer une demande autonome en matière de traitement, car ce sont eux qui en supportent les conséquences.

### **Les enjeux de la recherche en économie de la santé**

#### **Les déterminants sociaux de la santé des populations**

Le système de soins a été l'enjeu principal des travaux des cinquante dernières années, parce qu'il a été la principale réponse apportée par nos sociétés aux problèmes de santé et de maladie. Cependant, depuis dix ans, il y a eu renforcement et reformulation d'un courant ancien de recherche. Il s'agit de travaux principalement canadiens [8], s'inscrivant dans une tradition holiste, qui mettent en relation les caractéristiques du fonctionnement des sociétés et l'état de santé des populations. Renforcement, car une des questions principales abordées par ce courant de travaux est celle de la détermination sociale de la santé et de la maladie, question qui a toujours été étudiée dans le contexte français et européen, à partir du constat et de la persistance des inégalités sociales face à la maladie et à la mort. Le fait que ces inégalités persistent, et parfois même s'aggravent, alors même que l'accès financier au système de soins s'améliorait, témoignait en effet de phénomènes puissants dépassant les seules déterminations biologiques. La crise de financement des services de soins de santé conduisait alors à interpréter ces résultats comme la marque d'un rendement décroissant des services et donc de légitimer au niveau politique la maîtrise des dépenses des systèmes de soins. Reformulation, car les travaux de cette fin de siècle ont tenté de dépasser ce constat pour l'expliquer à deux niveaux. D'une part, en recherchant systématiquement

ment le lien entre environnement social des individus à tous les âges de la vie et, d'autre part, les phénomènes biologiques susceptibles d'expliquer tant la bonne santé que la vulnérabilité à la maladie. Pour ce faire, ces travaux devaient nécessairement adopter une approche pluridisciplinaire. En effet, il fallait tout d'abord disposer de modèles d'analyse du fonctionnement social à plusieurs niveaux: la famille, la communauté, le milieu de travail, voire le pays, étudier le lien entre ces modèles et la santé des personnes, et ensuite tenter d'identifier les mécanismes biologiques à l'œuvre. Ces travaux ont donc mobilisé des méthodes et des concepts de la plupart des sciences humaines et sociales, celles de l'épidémiologie, et celles des sciences de la vie, pour expliquer le lien entre facteurs sociaux, santé et maladie.

Cette reformulation s'est étendue à l'économie. En effet, ces travaux conduisaient à montrer qu'une distribution trop inégalitaire des revenus au sein d'une société était génératrice d'une dégradation de l'état de santé de sa population, mesurée par des indicateurs de mortalité et de morbidité. Ils montraient également l'importance des investissements publics dans des services visant à améliorer le capital humain des individus, comme l'éducation, la cohésion sociale ou la justice. Ils venaient renforcer les travaux qui avaient déjà montré que l'accroissement de la richesse des sociétés des pays développés, avec la sécurité matérielle qu'elle permettait pour le plus grand nombre, expliquait une grande part de l'allongement de la vie, sans doute plus grande que les progrès des services de soins. Du point de vue de l'économiste, cela signifie qu'il doit aussi s'intéresser aux effets redistributifs des politiques économiques, puisqu'elles peuvent contribuer ou non à la bonne santé d'une population. Cela implique que l'arbitrage entre les différentes dépenses collectives ne consiste pas nécessairement à opposer la santé à d'autres bénéfices – la formation, la justice, la sécurité – mais que chacune de ces grandes fonctions collectives avaient elles aussi un impact positif sur la santé.

L'examen du lien entre développement économique et social, et santé

de la population, a aussi ouvert au champ de l'analyse économique des thèmes de recherche explorés en santé publique, comme la santé au travail, les liens entre environnement physique et santé, et plus récemment les risques liés à l'alimentation. Dans chacun de ces thèmes, il y a, à l'origine d'un problème de santé, le comportement d'acteurs économiques qui ne sont pas tenus de prendre en compte, d'internaliser, les conséquences sanitaires négatives de leurs décisions d'allocation de ressources sur la population. Rechercher quels sont les modes de régulation de ces activités qui minimisent les risques induits est avant tout une question de recherche en économie, même si les autres sciences sociales peuvent permettre des compléments d'explication à des comportements aux effets sanitaires négatifs. Un champ de recherche s'est donc ouvert, qui considère la production de santé et de maladie au-delà du système de soins. Une des conséquences politiques importantes de cette prise de conscience est qu'il peut être plus rentable parfois d'investir ailleurs que dans le système de soins pour produire de la santé. Cela sans nul doute contribué à promouvoir l'idée qu'il était légitime de maîtriser les dépenses de soins, qui ne recouvrent qu'une partie des dépenses de santé.

### **L'économie de la recherche et de l'innovation**

Il est aussi des domaines de recherche sur le système des soins qui ont encore été peu couverts. En particulier, les économistes de la santé ont travaillé sur la diffusion des innovations, mais peu sur la production de connaissances nouvelles par la recherche et sur l'articulation de cette dynamique sur le système de soins. Dans l'approche classique en économie, la connaissance est un bien indivisible, accessible à tous dès lors qu'elle a été divulguée. Pour que des agents économiques acceptent d'investir dans la production de cette connaissance, il faut alors leur offrir la protection temporaire d'un brevet, équivalent à un monopole d'exploitation; ou bien, il faut que cette production soit financée par des fonds publics, et la connaissance immédiatement diffusée à tous, à chance

égale. Ces deux questions ont structuré pendant longtemps l'approche économique de la recherche. Cependant, les conditions de production de la connaissance et la nature des connaissances produites dans la plupart des domaines scientifiques, et tout particulièrement dans les sciences de la vie, ont bousculé cette conception de la connaissance comme bien public pur. Des travaux appliqués, en sociologie de la science mais aussi en économie, ont montré que non seulement la recherche mobilisait des réseaux hybridant des acteurs publics et privés, mais que de surcroît ces collaborations étaient sans doute indispensables à l'accumulation de connaissances nouvelles et à leur transformation en innovations [9, 10]. Or, ces réseaux entraînaient non pas une égalité de traitement des agents économiques privés face à la connaissance bien public, mais bien des liens privilégiés, donc au moins temporairement exclusifs. La question du partage des droits de propriété et de la rente d'innovation se posait alors dans des termes nouveaux, ainsi que celle des arrangements contractuels entre recherche publique et privée autour du co-financement d'un programme de recherche. Dans le cas des sciences de la vie, il y a par ailleurs deux autres évolutions parallèles remettant en cause le schéma classique de l'économie. (1) Les innovations qui apparaissent, notamment celles fondées sur l'utilisation de matériau humain, de l'ADN jusqu'au tissu, posent à la fois la question de la propriété de la matière première et du statut des innovations: ni vraiment médicament, ni technologie, ni acte médical [11]. Cela conduit alors à des controverses sur la brevetabilité de ces produits. (2) L'autre évolution est la part croissante prise dans les pays développés par les associations de patients dans le financement et l'orientation de la recherche; il y a introduction d'un troisième acteur, ni instance publique dont la légitimité est démocratique, ni entreprise, qui peut faire valoir son point de vue dans les conditions de production et de diffusion de connaissances nouvelles. Pour toutes ces raisons, l'économie de la connaissance devrait trouver dans les sciences de la vie un terrain privilégié d'investigations théoriques et appliquées [12, 13].

### L'impact des systèmes d'information sur la régulation des services de santé

Enfin, le système de soins a lui-même changé profondément. On mettra en avant une dimension de ce changement, car elle est l'un des points de départ de l'économie de la santé, l'existence d'une asymétrie d'information au niveau de l'interaction entre le malade et le personnel soignant, et à un niveau plus collectif, entre les instances de régulation des systèmes de soins et les prestataires de service. Or, d'une part l'observation des comportements de recours au système de soins et des interactions médecins-malades, dans une approche sociologique et anthropologique, et d'autre part l'évolution des modèles de régulation au cours des quinze dernières années, viennent changer notablement la représentation princeps de l'asymétrie d'information décrite plus haut.

Tout d'abord, selon que le degré de dépendance créé par la maladie est plus ou moins fort, le malade conserve lui aussi un pouvoir discrétionnaire dans sa relation au médecin qui dépasse largement la seule pratique du « vote avec les pieds ». Certes le malade peut interrompre la relation thérapeutique en cours de prise en charge mais il peut également et beaucoup plus fréquemment sélectionner ce qu'il donne à voir au médecin au cours de l'interaction. Il existe également un champ de recherche abondant sur le thème des facteurs explicatifs de la plus ou moins bonne observance des traitements. Autre domaine de recherche, les maladies chroniques à partir desquelles l'analyse sociologique a argumenté l'idée d'une capacité d'apprentissage par les malades de la gestion de leur prise en charge associée à l'existence d'un savoir construit progressivement par eux et non pas passivement reçu, leur conférant une réelle autonomie et un pouvoir fort de négociation avec les professionnels. Dès lors, les malades ne manquent pas structurellement de connaissances mais les connaissances qu'ils ont sont d'une nature différentes de celles des médecins. Asymétrie bilatérale génératrice de comportements stratégiques du médecin et du malade, savoirs spécifiques et

capacité réelle d'apprentissage des malades à la suite d'interactions répétées avec les professionnels, augmentation des connaissances mises à disposition des malades et de leur famille, autant d'évolutions qui conduisent à poser différemment la question initiale de l'asymétrie d'information et d'en étudier les conséquences sur les processus thérapeutiques et la régulation du système de soins.

Par ailleurs, le développement et la maniabilité accrue des outils informatiques ont apporté une transformation majeure dans la relation entre instances de régulation et prestataires de soins: la possibilité de mettre en place et d'analyser des bases de données descriptives de l'activité des services. Par rapport aux systèmes d'informations du passé, à orientation principalement administrative ou tarifaire, ces nouvelles bases de données ont intégré une autre innovation: la communication de données à caractère médical, principalement les diagnostics et les actes. La puissance des outils informatiques a par ailleurs permis que ces bases se constituent de façon routinière, et elles pourraient couvrir à terme tous les segments d'un système de soins. Parallèlement, se sont développées des méthodes d'analyse de ces données, dont l'objectif est principalement l'évaluation du service rendu, tant du point de vue médical que du point de vue économique. Autrement dit, les instances de régulation peuvent maintenant aller bien au-delà de la délégation d'allocation des ressources aux professionnels avec un contrôle global des dépenses engagées, et peuvent demander des comptes aux prestataires de services. Il est à noter que ces systèmes d'information sont tous fondés sur l'enregistrement d'informations relatives à chaque recours aux services de soins, et qu'ils offrent donc également la possibilité d'une analyse des consommations de soins des malades eux-mêmes. En appui de ces nouveaux systèmes d'information, se mettent en place dans la plupart des pays des procédures d'accréditation des producteurs de soins, qui jouent un rôle « d'assurance qualité a priori ». Là encore, par le développement de nouvelles technologies de contrôle, l'asymétrie d'information entre régulateur et professionnel, et

entre régulateur et malade, a profondément changé de nature. Avec quelles conséquences sur les modes de régulation?

Ainsi, l'économie de la santé voit-elle en cette fin de siècle son champ d'investigation s'élargir par la prise en compte de la production de santé et de maladie au-delà du système de soins, mais aussi par les transformations de la production de connaissances en sciences de la vie, débouchant sur des formes nouvelles de traitement, et par des changements sociétaux remettant en cause le modèle traditionnel du professionnalisme médical. Cet élargissement, cette remise en question des fondations initiales, s'est faite en grande partie grâce aux observations des autres sciences sociales et de la santé publique; le bénéfice de ces contributions croisées est tel que l'on ne peut que souhaiter qu'elles continuent ■

#### \* GLOSSAIRE \*

**DRG:** diagnosis related groups.  
**HMO:** health maintenance organizations.  
**NHS:** national health service.  
**OCDE:** organisation de coopération et de développement économiques.  
**PIB:** produit intérieur brut.  
**PMSI:** programme de médicalisation du système d'information.

#### RÉFÉRENCES

1. Maynard A, Kanavos P. Health economics: an evolving paradigm. *Health Economics* 2000; 9: 183-90.
2. Experton B. Réforme des systèmes de santé et choix de société: vers l'adoption d'un nouveau modèle américain. *Med Sci* 1997; 13: 208-12.
3. Fetter RB, Mills RE, Riedel DC, Thompson JD. The application of diagnosis specific cost profiles to cost and reimbursement control in hospitals. *J Med Systems* 1977; 21: 85-108.

## RÉFÉRENCES

4. De Pouvourville G. France: the introduction of case-based hospital management. In: Kimberly J, de Pouvourville G, eds. *The migration of managerial innovation*. San Francisco: Jossey-Bass, 1993: 83-130.
5. De Pouvourville G. Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les coûts hospitaliers en France. *Med Sci* 1998; 14: 1428-9.
6. Le Galès C. Méthodes de mesure de la qualité de vie dans les travaux d'évaluation économique des actions de santé. *Med Sci* 2000; 16: 673-84.
7. Le Galès C. Théorie de l'utilité et mesure de la qualité de vie en économie de la santé. *Med Sci* 2000; 16: 540-5.
8. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Être ou ne pas être en bonne santé: biologie et déterminants sociaux de la maladie. Paris: John Libbey Eurotext, 1996.
9. Callon M. *La science et ses réseaux Genèse et circulation des faits scientifiques*. Paris: Éditions La Découverte, 1989.
10. Cassier M. Relations entre secteurs public et privé dans la recherche sur le génome. *Med Sci* 2000; 16: 26-30.
11. Fortanier C, Mannoni-Chaine G, Moatti JP. De la greffe de moelle à la thérapie cellulaire: les trajectoires incertaines de la coopération médecine-industrie. *Sci Soc Santé* 1997; 15: 7-34.
12. Rabeharisoa V, Callon M. Les associations de malades et la recherche (I). Des *self help groups* aux associations de malades. *Med Sci* 2000; 16: 945-9.
13. Rabeharisoa V, Callon M. Les associations de malades et la recherche (II). Les formes d'engagement des associations de malades dans la recherche en France. *Med Sci* 2000; 16: 1225-31.

## TIRÉS À PART

G. de Pouvourville et  
A.P. Contandriopoulos.

## MS2000

## Summary

**Economists and health: questions for research and tomorrow's issues**

The growing burden of financing health care systems in the developed world now means that economic analysis is of prime importance in assisting public decision-makers to use increasingly scarce collective resources efficiently. Health, as a commodity, has some special features from the point of view of economic analysis: it is a high-status commodity because an individual's health affects his or her productive capacity and consumption. There are many ways of maintaining or improving health, which is equally definable positively – as a state of general well-being – or negatively – as the absence of disease. In this latter case, the threat of illness is uncertain, both as to its occurrence and the extent of its effects. Moreover, the treatment of illness requires an expertise which confers great power on its possessors – the health care professionals – over the use of collective resources. Health economics was first the economics of health care systems. Two main questions have determined the structure of research over the past fifty years: which role can be taken, in the health system, by the competition between the private economic players, and how the public authorities can choose which investments to make in the health-care system. However, we are now witnessing the first efforts to reposition the health economy within a wider context. These, while taking account of the pathogenic effects of economic activity (pollution, industrial accidents), integrate the interactions between the functioning of the economy and the health-care system with the reciprocal relationships between health and socio-economic development, *i.e.* the entire domain of social determinants of health. Finally, the turn of the century has been marked by the advent of a communication and information society, which will doubtless radically transform individuals' relationships, not only to their own health but to the health-care services also. We are emerging from a patient-provider relationship in which the former is dependent and ignorant towards one in which the health-care recipient is both more demanding and better-informed. Health economics must take account of these major developments in the orientation of future research.

**JOURNÉES INTERNATIONALES  
D'ENDOCRINOLOGIE CLINIQUE  
HENRI-PIERRE KLOTZ**

Société Française d'Endocrinologie

17-18 mai 2001

Les 44<sup>es</sup> Journées Internationales d'Endocrinologie Clinique auront lieu à Paris les 17 et 18 mai 2001 et seront consacrées à : « **Obésité : le retour vers l'endocrinologie** »

Date limite de réception des résumés : 15 janvier 2001

Renseignements :

Dr G. Copinschi  
Laboratoire de Médecine Expérimentale  
Université Libre de Bruxelles – CP 618  
808, route de Lennik  
B-1070 Bruxelles – Belgique