



Économie de la santé : introduction aux principaux concepts

La science économique occupe un statut épistémologique particulier dans les sciences sociales. Comme toute science, elle vise à développer une théorie explicative de la réalité qu'elle observe, les comportements de production et d'échange des biens et services. En même temps, elle revendique un statut normatif, en ce qu'elle poursuit le projet de définir les conditions d'un fonctionnement idéal d'une économie, c'est-à-dire qui vise à produire le maximum de bien-être pour chacun, en tant qu'individu, et pour tous. Elle postule enfin et fait

l'apologie d'un comportement rationnel des agents, au sens de la recherche d'une utilisation la meilleure possible de ressources rares pour la poursuite d'une fin donnée. Le domaine de la santé pose alors des problèmes spécifiques aux économistes, compte tenu de l'incertitude liée à la maladie, au pouvoir d'expertise fort qui repose dans les mains des professionnels, et à une forte composante d'irrationalité qui peut s'attacher aux comportements des agents face au risque maladie.

Plusieurs modes de raisonnement coexistent au sein de la science économique, qui en font un mélange parfois difficile à comprendre pour un non initié entre une science faisant un recours important à la formalisation mathématique, à forte prétention normative, et une science positive, utilisant les différentes méthodologies de l'observation en sciences sociales – la statistique descriptive et inférentielle, les méthodes de l'observation de terrain – pour analyser le fonctionnement de la production et des échanges. D'un côté, la science économique se définit comme la science des choix rationnels, dans un contexte de ressources rares. Les individus sont alors des décideurs qui examinent différentes actions possibles sous contrainte de ressources, leur objectif étant d'en tirer le plus grand avantage possible de leur point de vue. Il n'est pas néces-

saire à ce niveau de savoir mesurer empiriquement cet avantage; il suffit à l'économiste, pour préconiser des comportements ou pour les expliquer, de postuler une fonction ayant certaines propriétés générales, renvoyant à des hypothèses comportementales. Par exemple, les économistes postulent que la satisfaction qu'un individu retire de la consommation d'un bien augmente avec la quantité consommée, mais à un rythme décroissant.

La science des choix rationnels sous contrainte de ressources

L'existence d'un individu parfaitement informé, totalement rationnel, souverain dans ses décisions et toujours capable de calculer le rendement de ses décisions (*l'homo economicus*) constitue le postulat de base du raisonnement économique. Il peut

être utilisé de façon normative ou prédictive. De façon normative: si l'on est capable de définir la structure d'une situation de décision, c'est-à-dire les différents choix et leur valeur attendue, et si l'on postule une fonction d'évaluation de ses choix (par exemple maximiser son revenu), alors on peut calculer le choix optimal de l'acteur économique. De façon prédictive: le calcul précédent permet de formuler des hypothèses de comportement qu'il est possible de soumettre à l'épreuve.

La recherche de l'optimum pour la société

La science économique ne s'est pas arrêtée à la recherche du bien-être individuel. Elle poursuit aussi l'objectif de définir les conditions de la production et de l'échange des biens qui seront les meilleurs pour une société

donnée. De ce point de vue, le modèle théorique de l'équilibre général continue de jouer un rôle quasi-mythique. Que postule ce modèle, qui a fait l'objet par ailleurs d'une démonstration mathématique complète [1]? Que dans une économie où il existe une infinité de producteurs et de consommateurs, chacun d'entre eux cherchant son avantage maximal sous contrainte de ressources, aucun d'entre eux n'ayant le pouvoir d'imposer ses préférences aux autres, chacun disposant de la même information sur les biens et les services échangés, alors il peut émerger un système de prix uniques pour chaque bien; ces prix mesurent la valeur relative que les uns et les autres leur accordent. Les échanges qui en découlent aboutissent à une répartition de ces biens et services entre tous les acteurs telle qu'aucun ne peut s'en écarter sans léser un autre: il s'agit d'un optimum de Pareto. Pourquoi ce modèle joue-t-il un rôle aussi central? Parce qu'il propose une méthode complètement décentralisée d'organisation des échanges économiques, en harmonie avec une philosophie politique libérale qui privilégie la protection de la liberté de chaque individu face à toute coercition collective; parce qu'il permet de montrer qu'une telle philosophie politique est compatible avec le bien-être de chacun et de tous. Il serait abusif de dire que les économistes croient encore à la réalité de l'existence d'un tel modèle; de nombreux travaux, s'appliquant par ailleurs aux biens et services de santé, ont notamment montré que cet équilibre ne pouvait pas exister pour certains biens et qu'une intervention tutélaire était nécessaire pour aboutir à un optimum social. Il n'en reste pas moins que le modèle de l'équilibre général de concurrence pure et parfaite, la recherche d'un optimum social de Pareto défini uniquement à partir d'hypothèses économiques, servent souvent de point de départ à la recherche économique.

Le critère retenu pour définir un équilibre d'échange considéré comme optimal est révélateur d'un parti pris épistémologique de l'économie dite néo-classique, dont les fonde-

ments sont schématiquement résumés ci-dessus. Ce critère est en effet totalement relatif: en fonction de la distribution initiale des ressources entre les agents d'une économie, on peut aboutir à des équilibres différents, mais qui sont tous de Pareto. Lequel est préférable? L'économiste s'interdira de prendre parti entre ces différents équilibres, par exemple pour dire si l'un est plus équitable que l'autre. En effet, pour ce faire, il aura besoin d'introduire des éléments exogènes à son système d'hypothèses de base: par exemple, des considérations de justice sociale. Or, toute règle qui s'imposerait aux individus sans qu'ils ne l'acceptent tous de plein gré – c'est-à-dire qu'ils considèrent tous en même temps qu'ils gagnent à les observer – viole le postulat de base d'une liberté de choix en fonction de son intérêt. Ce parti pris épistémologique a également une autre conséquence: tout phénomène collectif ne peut pas s'interpréter autrement que comme la résultante de comportements individuels «rationnels», c'est-à-dire qui ont du sens pour les individus qui en sont les effecteurs: il s'agit de l'hypothèse de base de l'individualisme méthodologique. Enfin, dans ce paradigme du choix rationnel, on est conduit à admettre que tout est commensurable: dès lors que l'on observe des actions, que l'on interprète ces actions comme des choix, c'est qu'il y a eu arbitrage, c'est-à-dire comparaison, calcul entre différentes utilisations possibles, mise en équivalence. L'économie néo-classique a besoin de postuler un principe de mise en équivalence universelle, entre autres, pour passer de l'individuel au collectif.

Quel est le versant positif, au sens de la compréhension de la réalité sociale, de cette approche? D'une part, il est possible de spécifier des modèles statistiques fondés sur des hypothèses micro-économiques compatibles avec les postulats de base et de les tester sur des données d'observation (de consommation, de prix, de comportement d'épargne, etc.). Il est aussi possible de réintroduire une évaluation «exogène» du fonctionnement d'une économie: par exemple, se

donner des critères d'évaluation de la répartition des revenus, et comparer, sur la base de données empiriques, les effets de différents systèmes fiscaux, ou de protection sociale sur cette distribution. Cependant, là encore, l'économiste pourra réserver son jugement et ne pas se prononcer sur le niveau acceptable d'iniquité dans cette distribution des revenus.

Individualisme méthodologique et holisme

L'émergence de la macroéconomie a introduit une autre approche épistémologique en économie. En effet, cette branche s'intéresse au fonctionnement des échanges non plus en observant le comportement des acteurs économiques au niveau individuel, mais en observant les effets de ces comportements à partir de construits tels que la production industrielle, la consommation des ménages, l'épargne, l'investissement des entreprises. La macroéconomie se situe plus dans une perspective explicative de l'évolution de ces agrégats, dans le but de formuler des lois générales, et des recommandations de politique économique. Un exemple très connu du public non initié d'une de ces lois est celle qui découle de la mise en évidence par Philips d'une relation inverse entre chômage et variation des salaires nominaux [2] sur la longue durée: plus le chômage est élevé, plus la tendance à la baisse des salaires est forte. Parce que la macroéconomie n'a pas besoin, en première analyse, d'hypothèses comportementales des individus, elle se raccroche à une épistémologie holiste dans les sciences sociales. Par holisme, on entend ici l'idée qu'il existe des phénomènes sociaux dont la genèse et la perception échappent à la conscience des individus. On se rapproche de la notion de «fait social», qui est à la base de la sociologie durkheimienne. Dit autrement, le fonctionnement en société façonne les individus sans que ceux-ci en aient pleine conscience. Il induit des phénomènes collectifs dont le sens échappe aux individus, et dont l'explication ne peut se trouver qu'à un niveau collectif d'analyse d'une so-

ciété: par exemple, l'emprise d'une institution comme le mariage se manifeste par la détermination des comportements qu'elle induit à l'insu des individus, qui pour autant ont le sentiment de garder leur libre arbitre.

Les spécificités de l'économie de la santé

Dans le champ de l'économie néo-classique, un texte [3] de Kenneth Arrow, Prix Nobel d'économie, a joué un rôle structurant dans le domaine de la santé. Arrow s'est fondé sur l'observation de deux caractéristiques des biens et services offerts par les systèmes de soins pour montrer qu'il n'était pas possible d'aboutir à un équilibre général sur un marché de concurrence pure et parfaite pour ces biens. La première caractéristique est l'incertitude liée à la survenue de la maladie, la deuxième est celle de l'ignorance du patient quant à la gravité de son état et à la nature de ses besoins de soins. Pour s'assurer d'un fonctionnement de ce marché de biens et services allant dans le sens de l'intérêt des « clients », il était donc nécessaire d'introduire des mécanismes de régulation définis et gérés au niveau collectif d'une société. Cette analyse a été reprise et étendue par plusieurs économistes de la santé [4, 5]. Evans, en particulier, analyse comment les caractéristiques intrinsèques du « bien santé » sont associées à des réponses institutionnelles générales dont les formes particulières constituent les modalités d'organisation des systèmes de santé des différents pays. L'incertitude de la survenue de la maladie justifie l'existence de mécanismes d'assurance; le déséquilibre d'information entre le patient et le professionnel ainsi que le caractère incertain de la clinique sont à l'origine du professionnalisme et de l'organisation de structures de soins à but non lucratif; la présence d'externalités justifie l'intervention de l'État dans le financement des services de santé.

L'organisation de l'assurance-maladie

L'incertitude de la survenue de la maladie, comme dans tous les do-

maines dans lesquels des événements rares et aléatoires ont des conséquences importantes, justifie l'existence de mécanismes d'assurance pour financer les soins. De façon générale, l'analyse économique peut montrer que des marchés concurrentiels d'assurance conduisent à une allocation de ressources optimales au sens de Pareto. En revanche, du point de vue de l'analyse économique, l'assurance pour le risque maladie présente des caractéristiques qui ne permettent pas qu'elle fasse l'objet d'un marché concurrentiel, comme c'est le cas pour d'autres risques. D'une part, le risque « santé » est particulièrement difficile à prévoir et à connaître pour un assureur. A cela plusieurs raisons: la diversité des facteurs de risque, la protection de la vie privée des personnes et la protection de l'autonomie des professionnels.

Dans ce cas, l'assureur est en situation d'asymétrie d'information: l'assuré peut mieux connaître ses risques que lui. Il peut donc choisir sa couverture en la payant moins cher que ce que son risque justifierait, induisant ainsi des pertes potentielles pour l'assureur. Si celui-ci doit faire face à trop de « mauvais » risques de ce genre, il va augmenter sa prime, et de ce fait décourager les bons risques. *A contrario*, si l'assureur connaît mieux les risques que ses clients, il peut pratiquer une sélection des assurés qui écarte des personnes qui ne trouveront donc plus à s'assurer sur le marché: c'est la pratique de l'écémage. Evans a alors montré que dans ce type de situations, ce ne sont pas nécessairement les personnes au bas de l'échelle de revenu qui seront exclues, car elles bénéficieront du filet public de solidarité, mais plutôt des personnes appartenant à la classe moyenne, ayant les moyens de payer mais exclus du marché par la hausse des primes, ou ne pouvant accéder qu'à des couvertures médiocres de risque.

L'assureur doit aussi faire face à un autre problème: celui dit du risque moral. L'assuré, étant couvert, adopte des comportements à risque que

l'assureur n'est pas capable de détecter. Les assureurs peuvent minimiser ce type de risque en fixant des franchises (le ticket modérateur), en fixant des plafonds de dépenses couvertes par période, en contrôlant les assurés (par exemple, la vérification de la réalité d'un arrêt de travail), en les incitant à adopter un comportement prudent. En matière de santé, il y a double risque moral: non seulement l'assuré peut prendre plus de risques, mais également le médecin peut offrir plus de services que requis pour soigner le malade, surtout si c'est son intérêt économique. Là encore, les outils d'intervention de l'assureur sont multiples: l'agrément, les recommandations de bonnes pratiques, voire la standardisation des soins, le contrôle (en France le contrôle médical exercé par les médecins conseils de la Sécurité Sociale).

Le risque maladie est par ailleurs très concentré: 60 % des dépenses sont le fait de 10 % des « sinistres ». Un marché de l'assurance maladie ne peut donc fonctionner sans mécanisme de mutualisation. Par ailleurs, il existe une double inégalité devant le risque: inégalité due à l'âge, inégalité due à la catégorie socio-professionnelle. Autrement dit, il existe une partie de la population des pays développés qui est à la fois plus à risque et moins solvable. Ces groupes sociaux ont aussi une propension moins forte à utiliser des soins de façon préventive. Enfin, il existe des effets d'échelle importants liés à la mutualisation des risques d'une part, et aux frais de gestion, d'autre part, qui peuvent justifier la constitution d'un monopole public; cela d'autant plus que l'obligation d'assurance qui en résulte garantit les citoyens « malgré eux », la santé étant considérée non seulement comme un bien privé, mais comme un bien public dont l'Etat serait le garant. Il existe donc des arguments théoriques forts en faveur d'une garantie de couverture universelle, que ce soit pour les risques les plus lourds, ou pour assurer les personnes et les ménages les plus fragiles compte tenu de leur position dans la hiérarchie sociale.

Le professionnalisme : dispositif de régulation de la relation entre le patient et le médecin

L'autre caractéristique des services de soins de santé soulignée par Arrow est la position d'asymétrie de savoir entre le patient et le médecin. Le premier ne sait pas ce qu'il a. Une fois le doute levé, il ne sait pas comment se soigner. Cette ignorance est liée à la complexité du savoir médical, qui nécessite un long apprentissage, et au fait que la démarche médicale reste entachée d'incertitude: le diagnostic n'aboutit pas toujours, le résultat d'un traitement n'est pas garanti à 100 %. Le professionnalisme est l'institution qui protège la population des risques associés à un pouvoir de monopole. Malgré cela, si le médecin présente une forte aversion au risque, il va engager pour son malade des investigations et des traitements peut-être inutiles, parfois dangereux, toujours coûteux. Dans ces conditions, le prix de la prestation ne peut plus être un signal efficace pour régler le marché. La préoccupation de l'économiste est alors la protection des intérêts du plus faible. L'économie dans la santé a alors pris le relais d'un discours critique des sociologues sur l'étendue du pouvoir délégué à la profession médicale par les sociétés des pays développés. Cette protection peut relever de la mise en place de méthodes de paiement qui n'inciteraient pas le médecin à rechercher de façon outrancière son intérêt économique avant celui du malade. Elle conduit aussi à une demande d'intervention d'instances réglementaires publiques, par exemple pour réglementer l'accès à la profession, garantir par un diplôme un niveau de compétences, édicter des normes de sécurité et de qualité pour les biens et services de santé (voir par exemple le médicament).

Les externalités: l'individu sous tutelle

Souvent la maladie d'une personne peut être un danger pour les autres: c'est le cas des maladies pouvant don-

ner lieu à épidémie. On parle alors en économie de l'existence d'une externalité, ici négative. Dans ce cas de figure, il y a aussi défaillance du marché. En effet, il y a interdépendance entre les « consommations » des uns et des autres, on ne peut plus établir l'existence d'un équilibre de Pareto. Dans ce cas, à nouveau, l'économiste justifie l'intervention d'une réglementation pour éviter que ces externalités aient un effet négatif sur le bien-être collectif. L'exemple traditionnelle en santé est celui des politiques de vaccination préventive de façon à ce que le prix du vaccin ne décourage pas les individus de se faire vacciner, ce qui aurait des conséquences néfastes pour la collectivité. C'est le même raisonnement qui s'applique pour justifier le financement public des biens ou des services associés à des droits collectifs (le droit à la santé, à l'éducation, à une protection sociale de base, à un environnement sain...). Le bien être collectif serait affecté négativement par le fait de savoir que des personnes malades, par exemple, ne peuvent pas être traitées parce qu'elles n'en ont pas les moyens.

L'ignorance des individus face au risque de la maladie a une autre conséquence. Ils sont susceptibles d'adopter sans le savoir des comportements risqués. L'information sur ces risques ne suffit pas. En effet, il s'agit là encore d'une information probabiliste, et en l'absence de tout symptôme il n'est pas certain que les individus vont soit recourir à des services préventifs soit suivre des conseils de prudence. Il est donc là aussi nécessaire de faire intervenir un « tiers éclairé », qui déploie des moyens réglementaires pour obliger les individus à adopter un comportement rationnel, intégrant le futur. Ces moyens réglementaires peuvent être assortis ou non d'incitations financières: tiers payant pour les mesures de prévention dans le cas d'un système public, « bonus » de primes dans le cas d'assureurs privés.

Le calcul économique public

En résumé, les caractéristiques des biens et services de santé condui-

sent: (1) à l'émergence d'un financement mutualisé, qui peut être de type assurantiel; quand c'est le cas, il y a des arguments en faveur d'un monopole public, ou, à tout le moins, d'une concurrence étroitement organisée; (2) à l'organisation du professionnalisme pour contrôler le pouvoir de monopole des médecins; (3) à une réglementation des prix des biens services qui ne peuvent pas être fixés librement entre patients et prestataires de services; (4) à l'organisation de structures de soins à but non lucratif. Dans ce contexte, comment savoir quelle est la valeur d'une prestation donnée, ou plutôt, comment connaître sa valeur relative par rapport à toutes les autres? Puisqu'il n'y a pas de système optimal de prix, comment allouer des ressources entre les différentes prestations? Quel est le coût d'opportunité de chacune, c'est-à-dire à quoi renonce-t-on en l'acquérant?

La réponse des économistes à cette question est le calcul économique public, dont l'objectif est de faire la balance, au niveau d'une société, entre le coût des ressources mobilisées pour une action de soins, et les bénéfices que la collectivité peut en tirer. Pour connaître le détail des méthodes utilisées dans ce calcul, on se reportera à l'article fort complet de Catherine Le Galès [6, 7]. Il suffit ici de dire que ce type de calcul, dit de coût-bénéfice, utilisé comme critère d'aide à la décision dans l'allocation des ressources au système de soins, a soulevé une controverse sur ses fondements éthiques. En effet, elle s'oppose à l'éthique individuelle du professionnel, qui veut à chaque instant pouvoir engager toutes les ressources de l'arsenal diagnostic et thérapeutique pour chaque malade, et pour lequel tout nouveau traitement efficace doit être adopté. Elle propose de sélectionner les actions de soin en fonction, non plus de leur seule efficacité, mais aussi de leurs rendements globaux comparés ■

RÉFÉRENCES

1. Debreu G, Arrow KJ. Existence of an equilibrium for a competitive economy. *Econometrica* 1954; 22: 265-90.
2. Phillips AW. The relationship between unemployment and the rate of change of money wage rates in the United Kingdom. *Economica* 1958; 25: 283-99.
3. Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Am Econom Rev* 53; 5: 941-73.
4. Evans R. *Strained mercy*. Toronto, Ontario: Buterworth, 1988.
5. Rice T. *The economics of health reconsidered*. Chicago, Illinois: Health Administration Press, 1998.
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: 673-80.
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.

Gérard 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.

André-Pierre Contandriopoulos

Département administration de la santé, Université de Montréal, 2375, chemin Côte Ste-Catherine, Pavillon Marguerite d'Youville, Montréal H3T 1A8, Québec, Canada.

TIRÉS À PART

G. de Pouvourville et A.P. Contandriopoulos.

Summary

Health economics: introduction to the principal concepts

Economics occupies a particular epistemological status in social science. As in any science, it aims to develop a theory explaining the reality it observes – the behaviour of production and of the exchange of goods and services. Simultaneously, it claims a prescriptive function, in that it pursues the aim of defining the conditions for the ideal functioning of an economy, *i.e.* which aims to maximise well-being for each, as an individual, and for all. Finally, it gives praise for what it postulates as the rational behaviour of the players in the economy – rational in that they seek the best possible use of scarce resources towards a given end. The health field thus sets economists some specific problems, taking account of the uncertainty associated with illness, the great power of expertise which lies in the hands of professionals, and the strongly irrational element which may attach to the behaviour of the players in the economy when confronted by the risk of illness. Economists' principal lines of reasoning are presented, as are the specificities of health as a commodity and its consequences for economic analysis.