

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

ET DES

SYSTEMES DE SANTÉ



Carine Milcent



Besoin de soins & Demande de soins

1. Introduction

En économie, le marché est la confrontation de l'offre et de la demande. Les individus font des arbitrages car ils ont des contraintes (de budget, de temps,...) qui les amènent à choisir entre différents biens et à renoncer à certains biens.

En santé, ces renoncements peuvent avoir des conséquences dramatiques sur l'état de santé des individus. Par ailleurs, au-delà de l'individu, ces conséquences peuvent également affecter son entourage. Il s'agit alors d'effet d'externalités. Le planificateur public peut donc être amené à agir pour limiter ces renoncements aux soins.

Cette intervention du planificateur central distord alors la relation de marché entre ceux qui veulent les biens, les demandeurs, et ceux qui offrent les biens, les offreurs. Les demandeurs, solvabilisés par l'intervention de l'État peuvent élargir leur demande de biens. Le régulateur prend en charge des dépenses qui n'auraient pas eu lieu sans son intervention. On pourrait se dire que le régulateur peut restreindre les dépenses de santé à ce qu'il avait anticipé de prendre en charge. Mais, le régulateur n'a pas la possibilité de faire la distinction entre ce qu'il avait anticipé de prendre en charge et ce qu'il n'avait anticipé de prendre en charge. Il ne connaît pas les besoins de santé de la population au niveau individuel.

La difficulté majeure en économie de la santé est la distinction entre la demande de soins et le besoin de soins. Sans intervention de l'État, les individus sont face à leur connaissance partielle de leur besoin de santé. Leur demande de santé prend en compte leur besoin de santé ainsi que d'autres composantes maximisant leur satisfaction. L'intervention de l'État solvabilise leur demande de soins dans son ensemble.

L'écart entre la demande de soins correspondant à un besoin de soins et celle ne correspondant pas à un besoin de soins se dresse pour le régulateur. Ce dernier souhaite que les dépenses publiques ne remboursent que la partie de la demande correspondant aux besoins de soins.

Dans ce chapitre, nous présentons la notion de rareté en économie puis comment ce concept se décline en économie de la santé. Nous présentons le consommateur et le producteur en économie et ensuite, ses spécificités en économie de la santé. Nous introduisons ensuite la place du planificateur central. Ce faisant, nous mettons en évidence la différence entre le besoin de soins et la demande de soins. Cette distinction est analysée à travers le regard du consommateur, celui du planificateur central et celui du producteur de soins.

2. Les individus dans un monde de rareté

En économie, l'individu est un individu virtuel. Il est appelé *homo economicus*. Ce nom singulier permet de marquer le fait que cet individu n'existe pas en tant que tel. Il est un individu rationnel qui ne se permet jamais d'écarter par rapport aux préférences qui dictent ses choix. Cet individu n'a donc pas d'existence réelle. On ne peut pas se comparer à lui. En revanche, il représente le comportement moyen de chacun de nous. Le comportement que nous avons le plus souvent¹.

Une notion fondamentale en économie est celui de la rareté. Cette notion est définie comme l'épuisement de la ressource. Les individus prennent des décisions dans un monde où il existe nécessairement de la rareté. Sans rareté, les individus n'auraient pas à arbitrer entre deux biens car les deux biens seraient accessibles quel que soit le comportement des autres individus. C'est parce qu'il y a de la rareté que les individus doivent arbitrer en prenant en compte le fait que selon leur choix, ils peuvent être amenés à ne pas disposer de certains biens dont la ressource est épuisée. Le concept de ressources limitées impliquant la rareté est donc une clé du comportement des individus. Le terme « bien » est ici pris au sens large des biens et services.

En économie, nous étudions les stratégies mises en place par les individus pour gérer la rareté. Ceci nous amène à un arbitrage, un *trade-off* que nous réalisons en permanence sans nous en rendre toujours compte. Ainsi, nous faisons ce que mathématiquement on appelle des maximisations sous contraintes. Nous reviendrons sur ce point dans un instant.

En santé, les exemples de ressources limitées sont nombreux. Pour la médecine de ville, nous pouvons citer le nombre de médecins généralistes, le nombre de médecins spécialistes comme en pédiatrie. Dans les établissements hospitaliers, le nombre de praticiens ou encore le nombre de personnels soignants. Les équipements également peuvent être source de rareté comme le nombre disponible de consommables médicaux ou d'équipements. Les médicaments sont aussi source de rareté.

1. Ici, le comportement suit une loi normale, la moyenne se confond à la médiane.

Le choix des individus pour la consommation des biens dépend de leurs dépenses et de leurs contraintes budgétaires. Nous faisons des choix constamment, tous les jours et à différents moments de la journée. **La spécificité de l'économie est de rendre le choix explicite.** Pour réaliser ces choix, les individus évaluent la satisfaction que leur apportera chacun des biens au regard de leur valorisation. Ainsi, chaque bien a une valorisation. Il peut s'agir d'un prix facial donné mais également d'une valorisation donnée consciemment ou inconsciemment par l'individu. L'économie expérimentale permet de faire révéler cette valorisation aux individus.

L'économie expérimentale consiste à expérimenter les comportements économiques individuels et/ou collectifs. Dans sa version simplifiée, les individus sont mis dans une salle où ils doivent choisir entre plusieurs options, plusieurs choix. La confrontation de leurs réponses permet une analyse statistique de leurs résultats conduisant à valoriser les biens par rapport aux autres. Les pionniers de cette branche de l'économie sont Vernon Smith et Daniel Kahneman. Leurs méthodes sont issues de ce qui était déjà pratiqué en psychologie.

À partir de ce constat, tous nos choix, ayant un prix marchand ou non, sont valorisables. Il est possible de mettre une valeur à nos choix en santé. Sans aller jusqu'à affirmer que la santé a un prix, il est possible de dire que la santé a une valeur monétaire et que donc la vie humaine a également une valeur monétaire qui peut être estimée à partir de nos choix, résultant de nos préférences.

► Vous pouvez vous reporter à la Pratique 1 pour expérimenter ces concepts.

3. Les acteurs en économie

Nous abordons maintenant les acteurs classiques en économie puis nous prendrons des exemples en économie de la santé.

En économie, le modèle de base suppose deux acteurs : le consommateur et le producteur. Ces deux acteurs sont essentiels. Ils se complètent puisque la production de l'un est la consommation de l'autre. L'un ne peut pas être sans l'autre. Le consommateur cherche à maximiser sa satisfaction tandis que le producteur a pour objectif de maximiser son profit.

3.1. Les consommateurs comme acteurs classique

Commençons par aborder le concept de consommateur. Les consommateurs sont des individus qui ont des ressources limitées. De façon classique, on considère le budget comme la ressource limitée. Ainsi, ils ne peuvent pas donner libre

cours à leurs envies. Ils doivent les contraindre pour que les dépenses de leurs envies soient compatibles avec leur budget. Les individus sont donc face à un ensemble de choix limités et cette limite est due à leur contrainte de budget.

Cette situation les amène à ordonner leurs choix. Ceci donne lieu à une hiérarchisation de leurs choix, qui dépend lui-même de leurs préférences. En économie, on explicite ces préférences à partir d'une modélisation spécifique : la fonction d'utilité. La contrainte portant sur leur budget est également modélisée. On dit que l'individu maximise sa fonction d'utilité sous contrainte budgétaire. La mise en équation mathématique permet la résolution. À l'issue de ce mécanisme, l'individu prend sa décision. En langage vulgarisé, cela signifie que face à des choix, on les hiérarchise en prenant en compte notre budget qui est limité. Puis, on décide en fonction des choix qui nous apportent la plus grande satisfaction dans ce cadre. Il est possible que d'autres choix (ou un ensemble d'autres choix) auraient eu notre préférence et nous auraient apporté davantage de satisfaction mais notre budget ne nous les permettait pas.

Implicitement, la modélisation repose sur le fait que toutes les préférences amenant à des choix, marchands comme non marchands, sont valorisables puis hiérarchisables.

► *Vous pouvez vous reporter à la Pratique 2 pour expérimenter ces concepts.*

3.2. Les producteurs comme acteurs classiques

Tournons-nous maintenant vers le producteur. Il produit selon trois principes :

1. Ce que les consommateurs veulent ;
2. Comment il peut répondre à leur demande ;
3. Ce que les consommateurs veulent que, en tant que producteur, il produise.

Son objectif est de maximiser son profit. De ce fait, produire un bien qui ne rencontre pas de demande est inutile du point de vue du producteur.

Un exemple concret en économie de la santé est celui des médicaments. Les producteurs vont orienter leur recherche et développement de produits de santé vers des biens qui correspondent à un besoin pour les consommateurs (point 1) mais également vers des biens qui correspondent à des demandes inassouvies pour les consommateurs (point 3). De ce fait, un bien de santé trop coûteux, dans un contexte où il n'est pas solvable par le système de santé, ne sera pas produit. Ceci explique partiellement que les recherches des laboratoires pharmaceutiques s'orientent davantage sur des produits de santé répondant à des maux des pays occidentaux que ceux des pays en développement. La population des pays en développement n'étant pas considérée solvable, le bien produit au prix proposé pourrait se trouver dans une situation d'une demande insuffisante, bien que le besoin soit important.

Le point 2 porte sur les moyens de production à mettre en œuvre afin de produire au coût le plus faible tout en assurant que le bien rencontre l'exigence de la demande. Dit autrement, en économie de la santé, il s'agit de produire un bien de santé répondant aux critères de qualité tout en minimisant ses coûts de production. Aujourd'hui, dans l'état actuel des contraintes environnementales, il est moins coûteux de produire de façon délocalisée et en partitionnant c'est-à-dire à partir d'une chaîne de production mondialisée.

Ces trois points correspondent à ce qu'on nomme en économie, les trois questions fondamentales :

1. Quels biens et services doivent être produits ?
2. Comment produire ces biens et services ?
3. Qui va obtenir ces biens et services ?

Ces trois questions aboutissent à comment déterminer une économie.

3.3. Un échange entre acteurs classiques

Comme nous le voyons, il s'agit d'un échange entre des consommateurs et des producteurs, chaque partie ayant besoin de l'autre partie. Toutefois, ces échanges répondent à une règle centrale qui est que **chacun doit trouver un intérêt à participer à cet échange**. Les comportements individuels, autant du consommateur que du producteur, sont régis par les avantages tirés par chacune des parties.

Que se passe-t-il si la production de bien en santé nécessite un montant d'investissement tel que les dépenses mobilisées entraîneraient un prix élevé ? La contrainte budgétaire subie par des consommateurs amènerait une large partie d'entre-deux à renoncer au bien. Ils seraient alors exclus de ce marché. Dans le cas extrême, le bien, par son niveau de prix, peut être dans une situation où il ne trouve pas de demande. Si ce bien permet une amélioration objectivable¹ de la santé des individus, la question de l'intervention de l'État² se pose alors.

Toutefois, la société peut répondre à cette contrainte budgétaire pour le développement du marché d'assurance privée. Les individus souscrivent une assurance privée de santé. Ils paient mensuellement une prime d'assurance qu'ils soient malades ou pas malades. Ils se couvrent alors pour des dépenses de santé qu'ils ne peuvent pas prévoir dans le temps. Lorsqu'ils ont un problème de santé, l'assureur en rembourse un pourcentage rendant solvable leur dépense de santé. Pour l'assureur, la viabilité de ce modèle est assurée par un lissage temporel des dépenses : les individus paient lorsqu'ils ne sont pas malades assurant une entrée d'argent pour les périodes de dépenses de santé. De plus, la viabilité

1. Objectivable au sens de Laffont et Tirole. Nous y revenons dans le chapitre sur la qualité des soins.

2. Nous ne faisons ici aucune hypothèse sur ce qu'inclut le terme "État" ici (démocratique à autoritaire).

est assurée par la mutualité des risques : les individus ne tombent pas malades tous en même temps. Les dépenses des assurés ayant des problèmes de santé sont remboursées par ceux n'ayant pas de dépenses de santé et par la période où ceux malades aujourd'hui ne l'étaient pas hier. Toutefois, ce modèle a une limite, notamment en période de crise sanitaire : Si tous les individus sont malades en même temps, ce modèle n'est plus viable.

Ainsi, sans aller plus loin sur les divergences des systèmes de santé intégrant un modèle d'assurance santé publique et ceux ne l'intégrant pas, par cet exemple, nous voyons les limites d'un modèle sans intervention de l'État.

À titre illustratif, prenons le cas des États-Unis où pour la majorité des individus, le système de santé est privé sans intervention de l'État. Durant la crise sanitaire causée par la Covid-19, le gouvernement fédéral américain a dépensé plusieurs milliards de dollars en fonds d'urgence pour l'achat de produits médicaux incluant des vaccins, y compris les rappels, des traitements et des tests dans le but d'assurer la gratuité de ces produits à l'ensemble de la société, quelles que soient ses conditions de vie et de ressources. Ces mesures ont été prises dans le cadre de la déclaration d'urgence de santé publique (public health emergency PHE), article 319 de la loi sur les services de santé publique, depuis janvier 2020 et qui a pris fin en milieu d'année 2023.

3.4. La question de la solvabilité

Cette question de la solvabilité des dépenses de santé est centrale. Elle n'affecte pas uniquement le domaine de l'économie de la santé mais l'ensemble de l'économie. Pour que les individus travaillent, il leur faut être dans un état de santé suffisant. Le modèle économique séminal sur cette question est celui de Grossman (1972a et 1972b). Au départ, un individu est doté d'une certaine quantité de capital santé, qui se déprécie avec le temps. L'individu est supposé choisir son niveau de santé et en conséquence, sa durée de vie. Il s'agit d'un raisonnement extrême qui toutefois expose bien cette relation entre le capital santé et les efforts pour l'entretenir en relation avec la durée de vie. Si les efforts pour entretenir ce capital deviennent inatteignables pour des raisons financières, est-ce que l'individu doit être tenu pour responsable ?

Un exemple à cette question peut être approché par la situation en Chine au début des années 2000. L'absence d'assurance publique et la montée des dépenses de soins amenaient des familles entières en faillite familiale. Des arbitrages contraints étaient effectués entre se soigner et représenter un revenu dans le futur ou bien ne pas dépenser en frais médicaux et laisser la famille dans une situation financière future très compromise. Évidemment, nous occultons ici toute la dimension humaine que pose cet état de fait et qui domine les aspects financiers. La réponse de l'État a été la mise en place d'assurances publiques pour couvrir l'ensemble de la population sur les dix années qui ont suivi. Depuis, le modèle

de système social a évolué. Ce qui est à retenir de cet exemple est la nécessité d'intervention de l'État lorsque les dépenses de santé embolisent l'ensemble du système économique d'un pays.

Ceci nous amène à évoquer non plus les dépenses de santé comme un stock de coût immuable mais son évolution dans le temps.

Depuis les années 60-70, l'augmentation du besoin des soins s'est accélérée du fait de différents facteurs :

- Les progrès technologiques avec des innovations de plus en plus performantes et de plus en plus rapides rendant les précédentes innovations très vite obsolètes. Les dépenses de santé augmentent d'une part parce que les équipements, médicaments et consommables médicaux coûtent de plus en plus cher ; d'autre part, parce qu'il faut les renouveler un rythme bien plus soutenu qu'antérieurement ;
- Les innovations permettent également des capacités de détection plus précoces des pathologies et des maladies chroniques, entraînant une augmentation des dépenses de santé et une amélioration de la qualité de vie des individus ;
- Les modes de prise en charge affectent également les dépenses de santé. En effet, pour une plus grande efficacité des biens de santé, les thérapies ne sont plus génériques mais ciblées en fonction des caractéristiques du patient. Si ce ciblage permet une meilleure performance des thérapies, la conséquence est que la discrétisation des thérapies ne permet plus une négociation à la baisse des coûts. Le régulateur ne peut plus faire valoir un effet prix-volume au producteur i.e. une baisse des coûts ne peut plus être compensée par une hausse du volume de la demande ;
- Le vieillissement de la population : le fait que la population vive plus longtemps n'est pas un problème en soi. En revanche le fait qu'elle vive avec un état de santé dégradé sur une longue période entraîne une augmentation des dépenses de santé. La Figure 1 illustre ce propos. En France, l'espérance de vie est de plus de 80 ans tandis que l'espérance de vie en pleine santé, c'est à dire disposant de tous ses moyens psychiques physiques, est d'environ 60 ans. Ainsi que la population est dans un état de santé dégradée pendant presque 20 ans ;
- La plus grande médicalisation des épisodes de demande de soins ou de prise en charge médicale (grossesse, vieillesse, problèmes sociaux...);
- Les exigences réglementaires (qualité/sécurité) pour le bien-être des patients et des professionnels des soins ;
- Les exigences des consommateurs liées à un accès rapide et fourni à l'information médicale. Les individus sont donc davantage au fait des innovations et des possibilités de prise en charge. Ils sont donc plus actifs dans les soins qui leur sont prodigués ;

- Les crises économiques et sanitaires : la naissance de la préoccupation majeure de la régulation des dépenses de santé est largement liée aux chocs pétroliers de 1973 et 1979. De plus des taux de chômage importants et persistants ont altéré le potentiel de financement de l'assurance-maladie. La crise sanitaire de la Covid-19 et ses conséquences financières des mesures de protection sanitaire de la population y ont également contribué. Par ailleurs, les crises quelles que soient leurs natures jouent sur la santé globale de la population et affectent à la hausse les dépenses de santé.

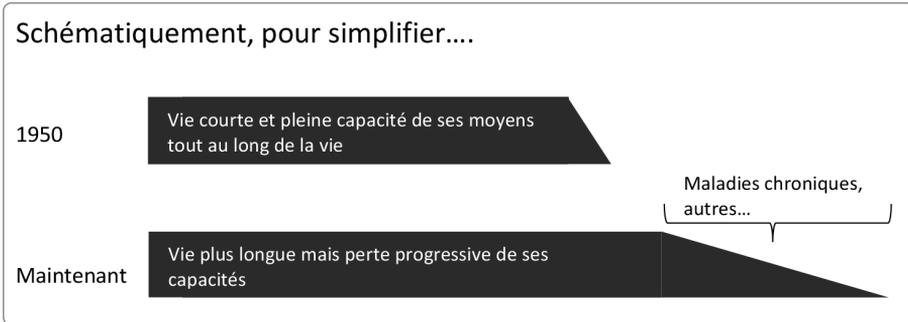


Figure 1 Vieillesse de la population et évolution des dépenses de soins

3.5. La confusion entre demande de soins et besoin de soins

L'évolution des dépenses de santé et l'incapacité des ménages d'y faire face, impose l'intervention de l'État mais elle pose un problème particulièrement aigu en économie de la santé : que représente vraiment la demande de bien en santé ? Dans le dernier paragraphe, nous avons glissé naturellement de demande de soins à besoin de soins. Pourtant ces deux notions sont différentes et c'est de cette différence que naît toute la complexité de la mise en place d'un système de santé.

Généralement, on confond en économie la demande et le besoin. L'individu consomme en maximisant sa satisfaction. Il est donc à même de prioriser ses besoins et d'avoir des demandes de biens en conséquence tout en prenant compte sa contrainte budgétaire. C'est le cas pour l'habillement ou encore l'alimentation. En santé, la situation est plus complexe. L'individu n'a qu'une représentation de ses besoins. Il n'a pas la connaissance médicale pour avoir une vision objective et complète de son état de santé physique et mental. Les individus consultent un médecin seulement lorsqu'ils perçoivent une dégradation de leur état de santé. Ainsi la demande de bien de santé est une approximation (ou proxy) des besoins de bien en santé.