



2. Les défaillances du marché

- Bonjour, je suis Lise Rochaix, professeure d'économie à Paris 1 Panthéon-Sorbonne et responsable de la chaire de recherche en économie de la santé Hospinnomics. Mon objectif aujourd'hui est d'avancer des éléments de réponse à deux questions : « quelle est la nature des soins de santé ? » et « l'analyse économique peut-elle s'appliquer à ce domaine ? » Ces deux questions ont conditionné le développement de l'économie de la santé. La première a été formulée en 1974 par Bob Evans, un économiste de la santé canadien, de la manière suivante : « Existe-t-il une différence de nature ou une différence de degré entre la consommation de services standard et les soins de santé ? » Ceci conduit à s'interroger sur la spécificité des soins de santé. Parmi ces spécificités figure au premier chef la notion d'asymétrie d'information, qui va conduire le patient à déléguer au professionnel de santé le choix de son propre traitement. Cette asymétrie d'information interroge la place du patient dans la production de santé et la consommation de soins et remet en cause l'existence d'une fonction de demande qui serait indépendante de la fonction d'offre de soins, l'offre émanant cette fois des producteurs de soins. Au-delà, c'est un questionnement sur la pertinence du recours aux outils traditionnels de l'analyse économique des marchés, où se confrontent normalement une fonction de demande et une fonction d'offre. D'autres spécificités ont été mises en avant : l'importance de l'incertitude sur le diagnostic posé, sur la réaction du patient au traitement et sur la qualité des soins qui sont dispensés. Le marché des soins de santé se caractérise ainsi par ce que les économistes appellent des « défaillances de marché », des situations dans lesquelles le marché ne s'équilibre pas par lui-même et où une intervention extérieure, en général de l'État, est nécessaire pour le réguler. Ces défaillances de marché existent dans d'autres domaines d'application, comme l'environnement et l'éducation. Au fil du temps, et en réponse à la question initiale de Bob Evans, les économistes ont nié toute différence intrinsèque entre les soins de santé et d'autres biens et services : donc aucune différence de nature. Il s'agit plutôt d'une différence de degré, en ce que le marché des soins de santé conjugue plusieurs défaillances de marché, ce qui rend l'application de l'analyse économique à la fois plus ardue et plus intéressante. Les soins de santé seraient finalement un quasi-marché, combinant à la fois concurrence et régulation. L'économie de la santé s'est développée autour de trois objets d'analyse : le premier est la production de santé, à savoir la relation entre l'état de santé de la population et le contexte plus global, la pollution, les épidémies, mais aussi l'investissement en santé, les comportements individuels d'investissement, comme la prévention, ou de désinvestissement, comme le tabagisme. Un deuxième objet d'analyse est la production de l'assurance santé. Quelles sont par exemple les articulations entre assurance maladie obligatoire et assurances privées volontaires ? Quelles sont les modalités d'assurance ? Faut-il mettre en place des franchises de la poche des usagers ? Enfin, troisième objet d'analyse : la production de services de santé. On parle alors d'analyses de type macroéconomique des dépenses de santé : quel est l'effet d'entraînement sur l'économie ? Mais on parle surtout d'analyses microéconomiques, d'analyses sectorielles de la performance dans l'organisation des soins. Par exemple, l'articulation ville-hôpital, et la place de la tarification dans cette coordination des soins. Les économistes ont développé leurs propres outils, en prenant en compte les spécificités, les défaillances de marché évoquées précédemment, comme la notion d'asymétrie d'information. Ils ont mobilisé les outils de la macroéconomie et travaillé sur la relation entre chômage et santé, ils ont voulu savoir si les dépenses de santé augmentent avec la richesse d'un pays, si





- l'augmentation des dépenses de santé améliore l'état de santé de la population, voir quelle est la relation entre la santé, la richesse et plus généralement le bien-être. Ils ont aussi mobilisé les outils de la microéconomie, c'est-à-dire l'analyse des comportements individuels et de leurs interactions. Dans ce domaine par exemple, peut-on dire que les individus maximisent leur satisfaction, c'est-à-dire l'utilité ou leur profit selon le cas ? Enfin, ils ont intégré les développements récents de
- l'analyse microéconomique, en particulier l'économie comportementale, qui mêle la psychologie à l'économie et qui nous permet de comprendre pourquoi les individus s'éloignent des comportements rationnels initialement postulés par les économistes. Les économistes de la santé se sont inspirés des travaux développés dans d'autres domaines d'application : l'économie du travail, l'économie industrielle, l'économie publique, et ils ont répondu à des demandes d'évaluation de politiques publiques, donc d'intervention, en permettant ainsi au décideur de faire des choix entre des innovations coûteuses. C'est l'un des domaines dans lesquels l'analyse économique s'est le plus développée, en appliquant le calcul socio-économique, c'est-à-dire l'analyse comparée des bénéfices et des coûts d'une intervention à différents niveaux : au niveau de l'hôpital, de la région, au niveau national ou au niveau international. En conclusion, en ce qui concerne les deux questions posées au début, je répondrai que les soins de santé présentent des caractéristiques particulières, mais que l'analyse économique reste néanmoins pertinente sous réserve qu'elle prenne en compte ses spécificités, ses défaillances de marché.

2. Les défaillances du marché

