HAL
open science

Avancées de la recherche en économie de la santé à l'occasion des 43es journées des économistes de la santé français (JESF): Introduction

Nicolas Jacquemet, Thomas Barnay

To cite this version:

Nicolas Jacquemet, Thomas Barnay. Avancées de la recherche en économie de la santé à l'occasion des 43es journées des économistes de la santé français (JESF): Introduction. Revue Economique, 2023, 74 (3), pp.313-317. 10.3917/reco.743.0313 . halshs-04391176

HAL Id: halshs-04391176

https://shs.hal.science/halshs-04391176v1

Submitted on 12 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Avancées de la recherche en économie de la santé à l'occasion des 43es journées des économistes de la santé français (JESF): Introduction

Thomas Barnay (Northeastern University, Boston et Erudite, Université Paris-Est Créteil)

Nicolas Jacquemet (Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne (CES) et PSE-Ecole d'Economie de Paris)

Ce numéro spécial rassemble une sélection d'articles issus des 43es Journées des économistes de la santé français (JESF) qui se sont tenues en décembre 2021. Depuis les JESF de 2007 organisées à Lille, ces journées donnent lieu tous les deux ans à publication d'un numéro spécial consacré à la santé dans une revue à comité de lecture. Après avoir inauguré cette tradition à l'occasion des 29e JESF (suivie par la revue *Économie Publique*, puis par *Économie et Statistique,* la *Revue Française d'Économie* et la *Revue d'Économie Politique*), la *Revue Économique* ouvre, à nouveau, ses colonnes à un numéro spécial consacré à l'économie de la santé.

Cette discipline - relativement récente - émerge aux États-Unis à la fin des années 1950, au moment où l'économie du bien-être se réinvente et prend ses distances avec l'héritage utilitariste de Jérémy Bentham. Deux problématiques théoriques distinctes apparaissent alors. Tout d'abord, la santé, tout comme son corollaire l'éducation, constitue une composante essentielle du capital humain (Mushkin, 1962 ; Becker, 1964 & Grossman, 1972). Par ailleurs, la théorie de l'assurance est convoquée dans le contexte spécifique du marché des soins, avec le fameux article de Kenneth Arrow intitulé *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, paru en 1963.

Ces travaux posent les fondements de la discipline, qui s'articulent autour d'un certain nombre de postulats qui continuent encore aujourd'hui à structurer ce champ de recherche. Un premier acquis est que le capital santé est producteur de richesses humaines et matérielles et participe au progrès économique et social. Il permet de libérer du temps productif pour travailler, pour se soigner ou investir en santé mais également pour consommer d'autres biens et services. En outre, l'investissement en santé permet de compenser partiellement la dépréciation naturelle du capital santé survenant avec l'avancée en âge. Deuxième acquis, une régulation du secteur de la santé est indispensable pour améliorer l'efficience du système de santé et favoriser une allocation plus juste des ressources. En effet, les spécificités des soins médicaux et de l'assurance santé entrainent de nombreuses défaillances de marché (comme par exemple la présence d'externalités négatives, telles que la consommation de cigarettes, ou positives, telles que la vaccination), qui sont sources de dépenses inefficientes et d'inégalités d'accès à l'assurance et aux soins. Parmi les autres singularités, on distingue la très forte interdépendance entre fournisseurs de soins et consommateurs de soins avec de potentiels effets de demande induite (Evans, 1974) et la nature multidimensionnelle de l'incertitude (diagnostic, efficacité et valeur des traitements, évolution de la maladie).

L'une des contributions de ces travaux est de circonscrire le champ et les modalités de l'intervention publique dans le domaine de la santé : rendre l'assurance maladie obligatoire afin de permettre une mutualisation du risque et garantir une taxation soutenable; subventionner l'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables sur la base de critères d'âge, d'état de santé ou de conditions de ressources; ou encore élaborer des critères de qualité et émettre des recommandations en termes d'évaluation médico-économique (médicaments, dispositifs médicaux) et de pratiques médicales. En s'efforçant de limiter les comportements d'aléa moral susceptibles de conduire à des phénomènes de sur-prescription (en particulier dans des modèles exclusifs de paiement à l'acte - *Fee For Services*) ou de surconsommation (potentiellement induite en cas d'assurance généreuse ; Pauly, 1968 ; Rothschild and Stiglitz, 1976), l'intervention publique peut également être une source de tension sur le marché des soins. Cette dernière affecte tant les offreurs de soins (médecins, hôpitaux…), qui voient leur liberté d'exercer davantage contrôlée et contrainte par des objectifs de performance, que les patients, dont la « responsabilité » est invoquée pour justifier une participation accrue au financement des soins de santé via des franchises ou des mécanismes de copaiement et de coassurance.

L'analyse économique contemporaine du système de santé français, dont ce numéro présente un certain nombre d'exemples, interroge toujours les fondamentaux élaborés par les pionniers de l'économie de la santé. Elle s'inscrit néanmoins dans un contexte de double urgence pour l'organisation du système de santé en France : celle de reconstruire un système de santé profondément éprouvé par la crise de la Covid-19 et celle de répondre au déficit budgétaire de la branche maladie, dans un contexte de forte inflation.

La France a, en effet, payé un très lourd tribut en raison de l'épidémie de coronavirus. Au 1er février 2023, 164 360 décès sont imputés à la Covid-19, soient 2423 décès pour 1 million, un chiffre similaire à celui de l'Espagne (d'après l'Université de Johns Hopkins). Cette pandémie a souligné l'importance d'adopter une stratégie globale de gestion du risque sanitaire, et mis en évidence le besoin de repenser l'organisation du système de santé afin d'introduire plus de flexibilité et de faciliter la coopération entre les acteurs du système de soins et ceux du secteur médico-social. Ces constats ne font que renforcer ceux qui ont été dressés par le Collège des Économistes de la Santé dans un ouvrage collectif paru pendant la pandémie (Barnay, Samson et Ventelou, 2021). Les contributeurs soulignent à cette occasion que nombre des défis auxquels est confronté le système de santé français préexistaient aux premières manifestations de la pandémie, parmi lesquels le financement et la régulation des dépenses de santé ; l'accès aux soins primaires; la crise de hôpital public alimentée par des conditions de travail et de rémunérations dégradées; ou encore le manque de coordination entre

médecine de ville et hôpital, d'une part, et entre acteurs du soin et du secteur médico-social, d'autre part.

En 2021, l'évolution des dépenses de santé restait encore très fortement liée aux conséquences de la pandémie en raison de la reprise de l'activité médicale (avec des effets de rebond en soins de ville et à l'hôpital après le brutal ralentissement observé durant le confinement en 2020), de la campagne de dépistage et des dépenses afférentes à la mise en place de la vaccination[1]. Indépendamment de la pandémie, l'entrée en vigueur de la réforme du 100% Santé[2] a également accru le budget consacré à la santé. Ainsi, la dépense courante de santé au sens international (DCSi)[3] augmente de +9,8 % en 2021 après une hausse de +3,7 % en 2020 pour atteindre 307,8 milliards d'euros, c'est-à-dire 4 600 euros par habitant (Drees, 2022). Alors que la branche maladie présentait un déficit de 1,5 Md€ en 2019, ce dernier atteignait 30,4 Md€ en 2020 et 26,1 Md€ en 2021 d'après les Comptes de la Sécurité Sociale de septembre 2022. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2023 s'appuie sur un objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) fixé à 244 milliards d'euros (+3,5% hors dépenses Covid). Elle cible, en autres, la prévention (incluant des mesures coercitives avec l'indexation du prix du tabac sur l'inflation), l'accès aux soins (création d'une 4e année d'internat de médecine générale avec stages en cabinet médical, en priorité dans les zones sous-denses ou expérimentation de l'accès direct des patients aux infirmiers en pratique avancée) et les personnes âgées en perte d'autonomie (avec, par exemple, la création de 3000 postes d'aides-soignants et infirmiers supplémentaires en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2023).

Sans prétendre embrasser l'entièreté des défis qui se posent, les six travaux présentés dans ce numéro spécial soulèvent des questions à fort impact sociétal, questionnant les politiques publiques et les acteurs à la fois situés du côté de la demande de soins ou d'assurance que de celui des offreurs.

Les trois premières contributions visent à documenter les sources des inégalités vis-à-vis de la santé. L'article de **Julien Bergeot** et **Florence Jusot** étudie l'adoption de comportements de prévention contre la Covid-19 (distanciation sociale et hygiène) de personnes âgées de 50 ans et plus en France à partir du volet français de SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Il montre qu'ils sont cohérents avec les préférences individuelles à l'égard du risque et du temps, les personnes les plus averses au risque ou qui sont plus patientes ayant tendance à davantage se

---

[1] Selon le rapport des Comptes de la Sécurité sociale, le cout de la campagne de vaccination en 2021 s'établit à 5 Md€, dont 3 Md€ pour l'achat des vaccins et leur mise à disposition par Santé Publique France, et près de 2 Md€ pour la campagne elle-même.

[2] Depuis le 1er janvier 2021, la réforme du 100% Santé permet à tous les Français, bénéficiant d'une complémentaire santé responsable ou de la Complémentaire santé solidaire, d'accéder à des soins et des services d'équipements en audiologie, optique et dentaire, qui sont pris en charge à 100%

[3] Correspondant à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) aux dépenses de soins de longue durée, de prévention et à celles liées à la gouvernance du système de santé.

conformer aux recommandations. *A contrario*, les résultats mettent en évidence un effet inattendu de la confiance envers les autres, qui atténue le respect des recommandations sur les rassemblements de plus de 5 personnes et les réunions familiales, car la confiance conduit à sous-estimer le risque associé à de telles activités.

L'étude d'**Amélie Carrère** analyse les inégalités de perte d'autonomie (limitations fonctionnelles physiques ou cognitives) dans un contexte où la prise en charge de la dépendance relève de l'échelon départemental. En mobilisant notamment les données VQS (Vie Quotidienne et Santé) 2014 et EHPA (Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées) 2015 de la DREES, elle vise à distinguer les facteurs individuels de facteurs plus institutionnels dans les disparités qui caractérisent la France. Les résultats confirment que les déterminants individuels (tels que l'avancée en âge, être une femme, ne pas vivre en couple) ou socioéconomiques au niveau départemental (la précarité des séniors et la faible longévité) accroissent le risque de dépendance. Ils mettent aussi en lumière, mais dans une moindre mesure, que ces inégalités peuvent être corrélées avec des caractéristiques de l'offre de prise en charge telles que l'accessibilité potentielle localisée, ou les tarifs des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Dans leur article, **Alexia Bigorne, Luigi Boggian et Sandy Tubeuf** analysent la contribution des inégalités de santé liées aux conditions dans l'enfance aux inégalités totales de santé observées à l'âge adulte, sous l'angle des différences de genre à partir des données de SHARE 2017. Les résultats montrent un lien plus fort entre les inégalités de santé au début du cycle de vie et celles qui sont observées à l'âge adulte dans la population féminine que masculine. Par ailleurs, les résultats mettent en évidence une transmission intergénérationnelle genrée de la santé. Ainsi la santé des femmes est principalement associée à la santé de leur mère et celle des hommes à celle de leur père ; de même l'éducation de la mère est associée à la santé des femmes tandis que l'éducation du père est associée à celle des hommes.

L'étude d'**Anne-Kim Ristori** s'inscrit dans le champ de la demande d'assurance maladie complémentaire et s'intéresse plus particulièrement au degré d'information dont disposent les assurés sur leur couverture. Outre qu'elle documente le degré de méconnaissance des assurés, l'analyse permet également d'en mesurer les conséquences sur le contrat d'assurance complémentaire choisi à travers la différence entre les remboursements perçus et les cotisations versées annuellement (ce que l'auteur nomme « écart assurantiel »). L'analyse quantile montre que cet écart relève plus de soins hospitaliers, difficiles à anticiper, qu'à des soins de confort, de sorte qu'un meilleur choix de couverture permettrait de diminuer le reste à charge des assurés et de diminuer l'écart assurantiel.

Les deux derniers articles se tournent vers l'organisation de l'offre de soins. L'évaluation des nouveaux modes d'organisation des soins et de paiement à la coopération est au cœur du premier

article rédigé par **Christophe Loussouarn, Carine Franc, Yann Videau et Julien Mousquès.** A partir de données de panel de l'assurance maladie sur la période 2013-2017, les auteurs évaluent l'efficacité des nouveaux modes d'organisation de la médecine générale destinés à compenser les déséquilibres induits par la raréfaction de la densité médicale et l'accroissement de la demande de soins. Les résultats montrent que le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles combiné à l'instauration d'une rémunération collective à la coordination accroissent l'offre de soin (en termes de jours travaillés comme de nombre de patients et de consultations). En outre, l'augmentation de la patientèle en file active et de la patientèle suivie en tant que médecin traitant concourent à améliorer l'accès aux soins pour les patients.

La dernière contribution de ce numéro, rédigée par **Nicolas Sirven et Myriam Lescher-Cluzel**, vise à mesurer l'influence de la mise en œuvre des GHT (groupements hospitaliers de territoire) sur la diffusion de la technologie au sein des établissements de santé publics et privés, à partir de données de panel de la Statistique annuelle des établissements (2013-2019). Les résultats montrent que ces regroupements se sont accompagnés d'une diminution de l'investissement des hôpitaux publics, qui est cohérente avec la rationalisation des équipements au sein des regroupements. Ce mouvement s'accompagne d'une réaction du secteur privé, qui à partir de 2017, accroit son investissement en plateau médicotechnique pour faire face à la pression concurrentielle possiblement exercée par ce gain d'efficacité dans le secteur public.

Références

Arrow, K. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," American Economic Review, 1963, 53(5), 941-973.

Barnay T. (dir), Samson A-L. (dir), Ventelou B. (dir), "Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis," Ouvrage collectif du Collège des Économistes de la Santé, *Éditions ESKA*, 2021, 367 p.

Becker G., "Human Capital," 2nd edition. Columbia University Press, New York; 1964.

Drees, "Les dépenses de santé en 2021 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2022," Sous la direction de Franck Arnaud, Geoffrey Lefebvre, Myriam Mikou et Mickaël Portela, *Panorama de la Drees*, 2022.

Evans RG., "Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications," In: *The Economics of Health and Medical Care*. Springer; 1974:162–173.

Grossman M. "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health," *The Journal of Political Economy*, 1972, 80(2):223–255.

Mushkin, S. J. "Health as an Investment," *The Journal of Political Economy*, 1962, 70(5, Part 2):129-157.

Pauly, M., "The Economics of Moral Hazard: Comment," *American Economic Review,* 1968, 58(3), 531-537.

Rothschild, M. and J. E. Stiglitz, “Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information,” *Quarterly Journal of Economics*, 1976, 90(4), 629-650.