

Introduction à la micro-économie de la santé

Dr. BENHAMOUDA Youcef

L'Ecole préparatoire des sciences économiques, commerciales
et des sciences de gestion - Tlemcen

Résumé :

Cette introduction à la micro-économie de la santé tente une présentation succincte des principales analyses qui depuis l'article fondateur d'Arrow [1963] ont participé au développement du domaine. L'objectif de cette introduction est d'apporter un éclairage pertinent, simplificateur et nouveau aux éléments essentiels du marché de la santé : demande de soins, offre de soins et nature de marché des soins.

Du côté de la demande des questions se posent : qui est le consommateur ? Quel est le sens de la dépense de soins (consommation ? investissement ?). Du côté de l'offre on identifie le médecin comme un producteur, mais quel est son mode de production ? Peut-on le concevoir comme un entrepreneur individuel ? Les réponses à ces questions conditionnent la forme du marché des soins, concurrentiel ou bien monopolistique vu la spécificité du rôle des médecins.

Mot clé : demande de soins, offres de soins, marché des soins.

الملخص:

تحاول هذه المقدمة في الإقتصاد الجزئي للصحة تقديم عرض مختصر لأهم التحليل التي و منذ نشر المقالة الشهيرة للباحث أراو (Arrow) المؤسسة لميدان البحث في اقتصاد الصحة ما فتأت في تطوير هذا الميدان و إثرائه. و تهدف هذه المقدمة إلى تسليط الضوء و بطريقة مبسطة على أهم العوامل المشكلة لسوق الصحة: طلب العلاج، عرض العلاج و طبيعة سوق العلاج. فمن ناحية الطلب تطرح تساؤلات عديدة: من هو المستهلك؟ و كيف يمكن اعتبار نفقات العلاج (استهلاك؟ أم استثمار؟). و من ناحية العرض نجد الطبيب كمنتج، و لكن ما هو أسلوب إنتاجه؟ و هل يمكن اعتباره مقاول؟ إن الإجابة عن الأسئلة السابقة من شأنها ضبط طبيعة سوق العلاج إذا ما كان سوق تنافسي أم احتكاري نظرا لخصوصية الدور الذي يلعبه الأطباء.

الكلمات المفتاحية: طلب العلاج، عرض العلاج، سوق العلاج.

Introduction :

L'économie de la santé en tant que branche spécifique de l'économie sociale constitue un développement original des sciences économiques et cela du fait de la particularité de son domaine de recherche.

L'économie de la santé est née au début des années soixante-dix pour répondre à une interrogation des pouvoirs publics sur la mesure de l'efficacité du système sanitaire.

Les pouvoirs publics ont constaté une difficulté croissante dans le financement des dépenses de santé à cause de la divergence qui n'a cessé de s'accroître entre le taux de croissance de ces dépenses et celui du produit intérieur brut (PIB).

Dans ce contexte l'économie de la santé est née au tant que spécialité des sciences économiques qui mobilise les méthodes de cette discipline afin d'analyser les mécanismes qui régissent la production et la distribution de soins mais aussi les effets des phénomènes sanitaires sur la production et la répartition de richesses.¹ A partir de là la micro-économie de la santé fixe son enjeu principal s'agissant d'identifier les acteurs individuels, leur rôle, analyser leur comportements, les conditions d'agrégation de ces comportements en une offre et une demande et étudier le marché de soins et ses règles.²

Et la question qui se pose est la suivante : ***quelle est la rationalité des acteurs dans le champ de la santé ? Et quelle analyse du marché des soins en résulte-t-il ?***

Pour répondre à cette question on va analyser quatre axes principaux :

- } ***L'analyse classique de la demande de santé (soin)***
- } ***L'approche néoclassique de la demande de santé (soin)***
- } ***L'offre de santé (soin)***
- } ***Le marché des soins***

1. L'analyse classique de la demande de santé (soin):

L'approche classique considère la demande de santé comme une demande de services dont la formation est indépendante de l'offre et dont on évolue l'élasticité pour l'identifier. L'élasticité de la demande par rapport au prix étant censée demeurer faible pour un bien essentiel comme les services de santé de base.³

Dans ce cadre d'analyse, le demandeur de soin (le patient) est considéré comme un consommateur maximisant son utilité sous contrainte du revenu avec une autonomie décisionnelle.⁴

Afin de déterminer la forme spécifique de la demande de soin (santé) en fonction du prix et du revenu de nombreux travaux empiriques ont été effectués au début des années soixante-dix (Fuchs et Kramer⁵[1972], Newhouse et Felps⁶ [1974], et Feldstein⁷ [1971]).

Ces travaux ont mené aux mêmes résultats, des élasticités-prix négatives mais faibles : Fuchs et Kramer (-0,5), Newhouse et Felps (-0,1), Feldstein (-0,5), Rosset et Huany⁸ (-1,5). Après avoir consulter la variabilité des résultats Feldstein déplore "*il semble malheureusement que cette imprécision arrive parce que la véritable élasticité-prix est 0*".

D'autre part les estimations de l'élasticité-revenu n'ont pas permis d'obtenir un résultat similaire, excepté sur le signe positif de la relation : Silver⁹ [1970] (2) , Newhouse¹⁰ [1976] (0,017).

La variabilité des résultats n'a pas permis de déterminer la courbe de demande ce qui remis en cause l'intérêt de l'approche classique pour le modèle du malade-consommateur.

En plus de ce qui a précédé les dépenses de santé peuvent correspondre à la fois à des biens de première nécessité au bas de l'échelle des revenus et à des biens de luxe aux échelles élevées.¹¹ Le constat d'une élasticité croissante de la demande aux prix des soins lorsqu'on descend dans l'échelle des revenus des ménages peut être interpréter comme une préférence des secteurs les plus pauvres donnant la priorité à la satisfaction d'autres besoins que celui d'améliorer leur état de santé.

Dans une telle situation la mobilisation des outils d'économies est donc plus que jamais importante pour dépasser l'affrontement des intérêts des acteurs de santé qui s'affrontent sur la question de l'accès aux soins.

2. L'approche néoclassique de la demande de santé (soin) :

La relation entre la santé et la demande de soin est clair car pour quelle raison demanderait-on des soins si ce n'est pas pour améliorer notre état de santé ? C'est dans ce chemin de pensée que l'approche néoclassique s'est développée.

Selon l'analyse néoclassique prévalant en sciences économiques, les dépenses publiques étaient considérés comme non productives, bien qu'elles sont nécessaires pour assurer les fonctions fondamentales des états. Mais les

analyses issues des nouvelles théories de la croissance endogène repose sur l'idée que l'investissement et en particulier en capital humain a des effets externes positifs sur les possibilités de production. Selon cette approche la majorité des dépenses génératrices de croissance sont celles issues du secteur public sous la forme d'investissement en infrastructures, en recherche et développement ou en formation des personnels ainsi que les dépenses de santé.

Selon le modèle « Demand-for-health » Grossman¹² [1972] considère la variable état de santé comme variable endogène et il considère aussi la santé comme un bien durable intégré au capital humain. Il propose à cet effet un modèle inter-temporel de détermination conjointe de l'état de santé et des soins tout au long du cycle de vie. Le comportement d'optimisation pour l'individu consistera alors à maximiser son utilité sous des contraintes de revenu et de temps.

Le modèle de Grossman se décomposait en deux sous-modèles : le modèle d'investissement pur ou la santé n'est recherchée que pour son effet positif sur le temps de travail, et un modèle de consommation pur où la santé n'intervient que dans la fonction d'utilité sans effet sur le revenu.¹³

De nombreuses extensions théoriques sont venues enrichir le modèle de base de Grossman sur deux thèmes principaux : l'incertitude et l'endogénéisation de la dépréciation du capital-santé. Grossman lui-même en 1972 a intégré la notion d'incertitude dans son modèle en envisageant le cas où le taux de dépréciation du capital-santé serait aléatoire. La critique principale opposé à l'approche de Grossmann repose sur l'hypothèse que le consommateur possède un très haut niveau de rationalité et d'information. Mais malgré ça cette approche est considérée assez riche pour être utilisé dans l'analyse contemporaine de la demande de soins, d'autant que les biens associés à la santé.

3. L'offre de santé (soin) :

L'offre des soins s'articule généralement autour de trois acteurs principaux : le médecin, l'hôpital et l'assurance maladie. Et les comportements de ces trois agents sont interdépendants.

A cause de leurs propres caractéristiques ces trois agents se diffèrent nettement de ceux intervenant sur les autres marchés.

Concernant le médecin, Arrow¹⁴ [1963] décrit quatre comportements distincts entre le médecin et l'entrepreneur :

-) La publicité et la compétition sont prohibées ;

-)} Le choix des traitements est supposé dicté par la gravité de la maladie et non par des limitations financières quelconques ;
-)} Les conseils donnés par le praticien concernant le suivi des traitements sont supposés dénués complètement de tout intérêt personnel. Donc l'hypothèse de maximisation du profit est écartée concernant le comportement du médecin.
-)} Le praticien est supposé émettre la bonne information et non pas faire plaisir à son patient.

Concernant l'hôpital en tant qu'offreur de soin représente lui aussi des différences avec les entreprises :

-)} Il a le statut d'organisation à but non lucratif ;
-)} Le rôle des praticiens dans le processus de transformation du besoin de santé en demande de soin ;
-)} La spécificité du produit et la dimension qualitative des inputs et de l'output.

Concernant le marché de l'assurance maladie, c'est en termes de disponibilité de l'information que l'on étend l'adaptabilité du marché.

En plus de ce qui a précédé l'offre de soins se distingue de l'offre de n'importe quel autre bien par un ensemble d'éléments :

-)} Les prix n'ont pratiquement pas de rôle à jouer dans la détermination de la demande ;
-)} La quantité des soins est plus homogène que la quantité des autres biens économiques ;
-)} L'existence d'un système d'assurance de santé qui provoque une hausse de la demande.

4. Le marché des soins :

Durant les années soixante-dix aux Etats-Unis la forte croissance des effectifs médicaux s'est accompagnée d'une augmentation des quantités échangées sur le marché des soins et simultanément d'une hausse des niveaux d'honoraires. Pour expliquer cette observation en contradiction avec les prédictions du modèle concurrentiel, certains économistes ont développé des modèles de concurrence imparfaite.¹⁵

Le marché de concurrence monopolistique présente des éléments qui l'apparentent aux deux formes de marché les plus opposées, la concurrence d'une part, le monopole d'autre part. Ce cadre d'analyse permet un rapprochement intéressant avec la réalité économique où concurrence et

monopole sont inextricablement mêlés chaque fois que l'on introduit. En plus des variables d'action traditionnelles (prix et quantité) la concurrence monopolistique ajoute une troisième variable d'action il s'agit de la différenciation des produits et des marques qui est un élément essentiel de l'activité économique contemporaine.¹⁶

Les services offerts par les médecins sont, comme tous les services, produits et échangés au même instant, mais ces services ont la particularité de ne pas être anonymes.

Sachant qu'en situation de concurrence monopolistique, chaque producteur (offreur) dispose d'une certaine clientèle qui lui est relativement fidèle ; compte tenu de la qualité (réelle ou supposée) des produits (services), de raisons de proximité ou de facilité de desserte, le demandeur préfère, à prix égal, les services qui proviennent d'une entreprise déterminée ; par conséquent la courbe de demande à l'entreprise sera une fonction décroissante du prix ce qui est le cas en situation de monopole. Mais il ne s'agit pas, au sens strict, d'une situation de monopole car la courbe de demande à l'entreprise ne se confond pas avec la courbe de demande à l'industrie ; chaque entreprise subit la concurrence des substituts proches offerts par les autres entreprises.

Dans le même contexte de concurrence monopolistique lorsque de nouveaux offreurs pénètrent le marché les services offerts par chacun d'entre eux deviennent plus étroitement substituables et par conséquent certains demandeurs peuvent reporter leur demande d'un offreur à l'autre. Il en résulte une baisse des niveaux d'honoraires qui peut s'accompagner d'une augmentation des niveaux de consommation.

Mais le problème c'est que cette prédiction n'est toujours pas conforme aux observations empiriques faites au marché des soins et pour cette raison que certains économistes de santé (Newhouse¹⁷ [1970]) ont proposé d'intégrer une hypothèse de discrimination par les prix.

Cela signifie que les offreurs en situation de monopole et plus précisément monopole discriminant, peuvent pratiquer des prix différents pour chaque groupe de demandeurs, voir pour chaque demandeur (discrimination parfaite). Pour les médecins qui ont la possibilité de déterminer leurs honoraires et qui ont fidélisé leurs patients, cette hypothèse semble réaliste. Et dans ce sens de nombreux travaux empiriques dans les pays en développement illustrent la grande variance des coûts unitaires de production d'un même service de santé, selon les pays, mais aussi à l'intérieur du même pays.¹⁸

D'autre part lorsque la densité de médecins augmente, les possibilités de différenciation des produits et de discrimination par les prix serait accrues. Lorsqu'ils sont peu nombreux, la compétition entre eux les amènerait à offrir des services standardisés et pour les patients la recherche d'information sur les caractéristiques de chaque médecin serait plus facile.

Mais par contre lorsque le nombre d'offreurs est plus important, l'opportunité d'offrir des services différents est plus importante et pour les patients, la recherche d'information est plus difficile.

Et dans d'autres analyses les économistes ont constaté un phénomène d'induction, La version initiale du modèle de l'induction de la demande prédit qu'une intensification de la concurrence conduira le médecin à augmenter son volume d'activité en exerçant son pouvoir discrétionnaire sur les volumes plutôt qu'à baisser ses tarifs.

La définition retenue pour la demande induite est celle de Rice¹⁹ : « la demande induite correspond à la mesure dans laquelle un médecin peut recommander et imposer une prestation de service médical différente de celle que le patient choisirait s'il détenait la même information que lui ».

Et afin d'examiner la validité de l'hypothèse de demande induite il faut pouvoir en tester ses prédictions par rapport à un modèle de référence de type néo-classique. Les prédictions sont représentées à partir des graphiques suivants²⁰:

Cas (01) :

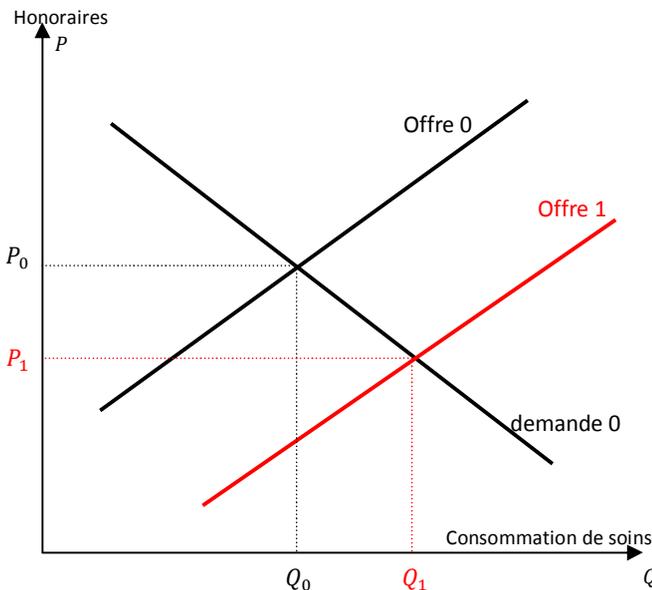


Figure (4) : cas 01 effet néoclassique simple

Selon la théorie néoclassique l'augmentation du nombre de médecins par habitant (offre 0 à offre 1) provoque une baisse du niveau des honoraires (P_0 à P_1) entraînant une plus grande consommation de soins de santé (Q_0 à Q_1).

Cas (02) :

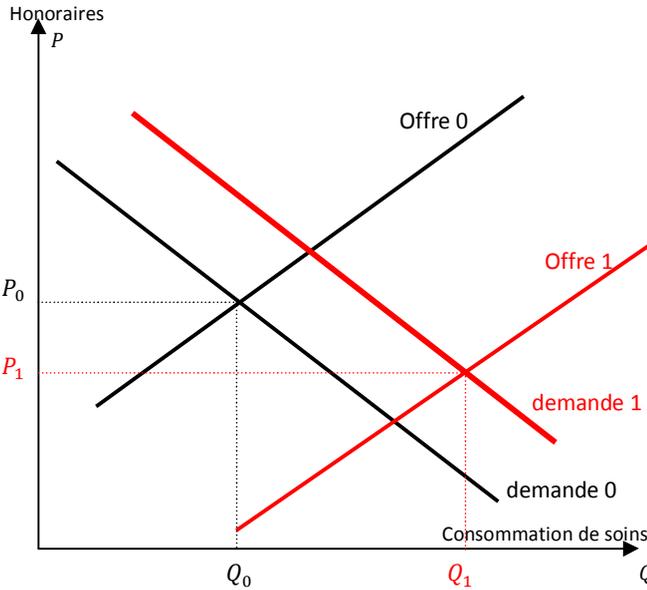


Figure (05) : cas (2-a) effet demande induite (faible)

Le modèle de demande induite se caractérise par le pouvoir discrétionnaire que dispose le médecin lui permettant de récupérer la perte du revenu dû à l'augmentation de la densité médicale ce qui est traduit graphiquement par un déplacement de la courbe de demande vers la droite et là en distingue deux situations : si la demande induite est modéré (figure (05) cas (2-a)) le déplacement ne suffit pas à rétablir les honoraires à leur niveau initial.

Par contre, si elle est forte (figure (05) cas (2-b)) le déplacement permet d'augmenter simultanément la consommation et les honoraires.

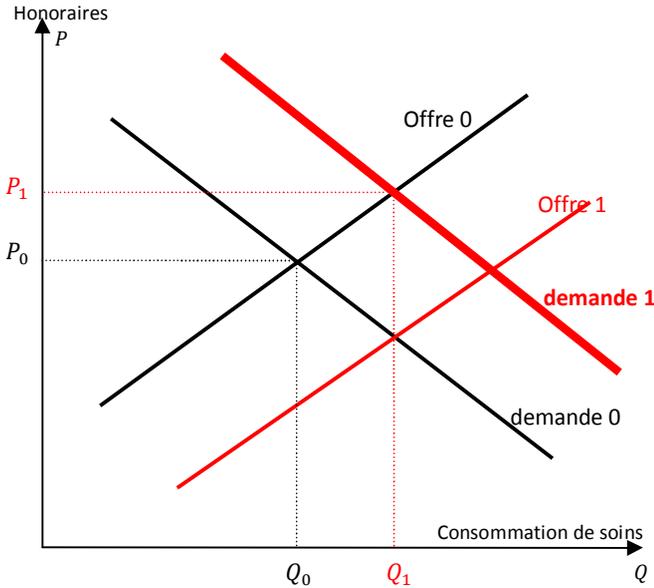


Figure (06) : cas (2-b) effet demande induite (forte)

Donc le résultat qui permettrait de rejeter de manière définitive l'utilisation du modèle néoclassique pour l'analyse du marché de la santé serait de trouver une relation de même sens entre densité médicale et niveau des honoraires, toutes choses égales par ailleurs.

Au final le développement de la nouvelle micro-économie et de la théorie des contrats offre une alternative pour étudier les relations entre acteurs de santé, en mettant l'accent sur le rôle des incitations dans les modalités de régulation de système de relations d'agence, laissant ainsi le soin à la micro-économie traditionnelle d'étudier tant le concept que la nature de ce marché.

Conclusion :

Initialement développée par Robert Evans [1974] l'hypothèse de l'induction de la demande par l'offre représente une réelle alternative originale du marché des soins. Cette hypothèse repose sur le constat empirique d'une corrélation positive entre l'accroissement des effectifs médicaux et l'augmentation simultanée des honoraires et du recours aux soins.

Ce résultat contraire aux prédictions des modèles économiques de marché est dû au pouvoir des médecins à modifier la perception que les patients ont de leurs propres besoins en terme de quantités (c'est-à-dire multiplication des actes) ou modifier leur perception de la valeur des soins (c'est-à-dire augmentation des honoraires) afin de contrecarrer la baisse de leur revenu attendue d'une concurrence accrue.²¹

Malgré que la thèse selon laquelle « l'offre crée la demande » n'est pas nouvelle en économie, mais elle prend une signification particulière dans le domaine de la santé à condition de distinguer deux situations : l'une dans laquelle la demande est considérée comme révélée par l'offre, l'autre plus fondamentale, où la demande est induite par l'offre, cette situation comporte des enjeux plus fondamentaux en économie car elle remet en cause le grand postulat de la théorie néoclassique s'agissant de l'indépendance de l'offre et de la demande.

Références :

¹BUNGENER Martine and LAFARGE Hervé, « *L'économie de la santé: micro-économie et dépenses de santé ; systèmes de soins ; consommation médicale* », l'Année Sociologique (1940/1948), troisième série, vol.34, presses universitaires de France, 1984, P 358.

² BEJEAN Sophie, « *Les fondements de la micro-économie de la santé : le marché de la médecine libérale* », in BRAS Pierre-Louis et al, « *Traité d'économie et de gestion de la santé* », Presses de sciences Po (P.F.N.S.P), 2009, p 43.

³ CHABOT. J, « *The Bamako initiative* », Lancet, 2, 1988, P 1366-1377.

⁴ PIATECKI Cyrille and ULMANN Philippe, « *La micro-économie de la santé, bilan et perspectives* », Revue d'économie financière, n° 34, numéro spécial : le financement de la santé, Automne 1995, P48.

⁵ FUCHS V.R et KRAMER M.J, « *Determinants of expenditures for physician services in the U.S, 1948-1968* » NBER, occ.paper n°117, 1972, reproduit in Fuchs, 1986, p 67-107.

⁶ NEWHOUSE J.P et FELPS CE, « *Price and income elasticities for medical care services*», in Perlman, 1974, PP 139-161.

⁷ FELDSEIN M.S, « *Hospital cost inflation : a study of nonprofit pricing behaviour* », American Economic Review, vol.61, 1971, PP 853-872.

⁸ ROSSET R.N et HUANY L.F, « *The effect of health insurance on the demand of medical care*», Journal of Political Economy, Vol 81, n° 02, 1973, PP 281-305.

⁹ SILVER M, « *An economic analysis of variation in medical expenses and work-loss rate* », in Klarman (ed.), 1970, p. 121-140.

¹⁰ NEWHOUSE J.P. et PHELPS C.E, « *New estimates of price and income elasticities for medical care services* », in Rosett (ed.), 1976, 313-320.

¹¹ ABUL NAGA R.K and LAMIRAUD K, « *Catastrophic health expenditure and house-hold well-being* », Working paper, 6th World Congress on Health Economics, Copenhagen, 8-11 juillet 2007.

¹² GROSSMAN M, « *The demand for health : a theoretical and empirical investigation* », NBER, occasional paper n° 119, Columbia University Press, New York, 1972.

¹³ LEPEN C, « *Demande de soins, demande de santé* », Revue d'économie politique, 98 (4), Juillet-Aout 1988, 458-470.

¹⁴ ARROW K, « *Uncertainty and the welfare economics of medical care*», American Economic Review, vol 53, 1963, PP 941-973.

¹⁵ BEJEAN Sophie, op.cit, P 51.

¹⁶ ABRAHAM-FROIS Gilbert, « *Introduction à la micro-économie* », Economica, Paris, 2004, P 209.

¹⁷ NEWHOUSE J.P, « *Toward a theory of nonprofit institutions: an economic model of a hospital* », American Economic Review, 60 (1), Mars 1970.

¹⁸ MURRAY C.J.L et EVANS D.B, « *Health systems performance assesment : debates, methods and empiricism* », WHO Editions, Genève, 2003.

¹⁹ RICE T, « *The impact of changing medicare reimbursement rates on physician induced demand* », Medical care, vol 21, n° 8, PP 803-815.

²⁰ REINHARDT U, "Comment on Sloan, F.A. and Feldman, R., « *Competition Among Physicians in Competition in the Health Care Sector: Past, Present and Future* », ed. Greenberg W., Aspec Systems, Germantown, 1978.

²¹ CULYER T. J, « *The Internal Market: An Acceptable Means to a Desirable End*», working paper, Centre for Health Economics, University of York, 1990.

Bibliographie:

ABRAHAM-FROIS Gilbert, « *Introduction à la micro-économie* », Economica, Paris, 2004.

ABUL NAGA R.K and LAMIRAUD K, « *Catastrophic health expenditure and house-hold well-being* », Working paper, 6th World Congress on Health Economics, Copenhagen, 8-11 juillet 2007.

ARROW K, « *Uncertainty and the welfare economics of medical care*», American Economic Review, vol 53, 1963.

BEJEAN Sophie, « *Les fondements de la micro-économie de la santé : le marché de la médecine libérale* », in BRAS Pierre-Louis et al, « *Traité d'économie et de gestion de la santé* », Presses de sciences Po (P.F.N.S.P), 2009.

BUNGENER Martine and LAFARGE Hervé, « *L'économie de la santé: micro-économie et dépenses de santé ; systèmes de soins ; consommation médicale* », l'Année Sociologique (1940/1948), troisième série, vol.34, presses universitaires de France, 1984.

CHABOT. J, « *The Bamako initiative* », Lancet, 2, 1988.

CULYER T. J, « *The Internal Market: An Acceptable Means to a Desirable End* », working paper, Centre for Health Economics, University of York, 1990.

FELDSTEIN M.S, « *Hospital cost inflation : a study of nonprofit pricing behaviour* », American Economic Review, vol.61, 1971.

FUCHS V.R et KRAMER M.J, « *Determinants of expenditures for physician services in the U.S, 1948-1968* » NBER, occ.paper n°117, 1972, reproduit in Fuchs, 1986.

GROSSMAN M, « *The demand for health: a theoretical and empirical investigation* », NBER, occasional paper n° 119, Columbia University Press, New York, 1972.

LEPEN C, « *Demande de soins, demande de santé* », Revue d'économie politique, 98 (4), Juillet-Aout 1988.

MURRAY C.J.L et EVANS D.B, « *Health systems performance assesment : debates, methods and empiricism* », WHO Editions, Genève, 2003.

NEWHOUSE J.P et FELPS CE, « *Price and income elasticities for medical care services* », in Perlman, 1974.

NEWHOUSE J.P. et PHELPS C.E, « *New estimates of price and income elasticities for medical care services* », in Rosett (ed.), 1976.

NEWHOUSE J.P, « *Toward a theory of nonprofit institutions: an economic model of a hospital* », American Economic Review, 60 (1), Mars 1970.

PIATECKI Cyrille and ULMANN Philippe, « *La micro-économie de la santé, bilan et perspectives* », Revue d'économie financière, n° 34, numéro spécial : le financement de la santé, Automne 1995.

ROSSET R.N et HUANY L.F, « *The effect of health insurance on the demand of medical care* », Journal of Political Economy, Vol 81, n° 02, 1973.

SILVER M, « *An economic analysis of variation in medical expenses and work-loss rate* », in Klarman (ed.), 1970.