



Économie publique/Public economics

24-25 | 2009/1-2
Varia

L'économie de la santé : inégalités, prévention et offre de soins

Thomas Barnay et Sophie Béjean



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/8498>
ISSN : 1778-7440

Éditeur

IDEP - Institut d'économie publique

Édition imprimée

Date de publication : 15 novembre 2012
Pagination : 17-39
ISSN : 1373-8496

Référence électronique

Thomas Barnay et Sophie Béjean, « L'économie de la santé : inégalités, prévention et offre de soins », *Économie publique/Public economics* [En ligne], 24-25 | 2009/1-2, mis en ligne le 04 mars 2011, consulté le 02 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/8498>

L'économie de la santé : inégalités, prévention et offre de soins

Thomas Barnay *

Sophie Béjean **

À partir d'une sélection des communications présentées lors des 31^e Journées des économistes de la santé français à Rennes en décembre 2009, ce numéro spécial, coordonné par le Collège des Économistes de la Santé, présente des travaux originaux en économie de la santé. Comme à l'accoutumée, la revue *Économie Publique – Public economics* propose trois rubriques (« Panorama », « Dossier » et « Recherches »)¹.

Alain Trannoy (Ehess, Greqam-Idep) offre au lecteur tout d'abord un véritable « panorama » des inégalités sociales de santé fondé sur une relecture de travaux antérieurs et débouchant sur des pistes de recherche tout à fait originales. Il explore la corrélation entre origines sociales et inégalités devant la santé. Il considère ainsi que l'état de santé est en partie le fruit d'un héritage familial qui ne se réduit pas à sa dimension exclusivement génétique. Il en résulte que les inégalités sociales devant la santé proviennent, elles aussi, en partie de cette transmission intergénérationnelle. L'exercice n'est pas simple car il exige d'identifier les canaux de transmission d'une génération à l'autre, lesquels sont à la fois économiques et sociaux (conditions de vie, comportements à risque, réseau et connaissances dans le milieu médical, localisation / accès aux soins, mais aussi de manière plus indirecte, éducation, PCS) et de mesurer la santé, par nature subjective et multidimensionnelle. L'une des difficultés consiste aussi à différencier les facteurs liés à la responsabilité de l'individu (son niveau d'effort) de ceux qui sont indépendants de sa volonté (les circonstances), ces derniers provoquant des inégalités des chances. Le postulat éthique retenu face à la corrélation (ou non) entre efforts et circonstances ne

*. Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne (UPEC), Erudite, TEPP (FR CNRS 3126)

**.. Université de Bourgogne, LEG (UMR 5118 CNRS-Université de Bourgogne)

Emails : barnay@u-pec.fr et sophie.bejean@u-bourgogne.fr

1. Le numéro a été réalisé grâce au soutien bienveillant d'Alain Trannoy, rédacteur en chef et à l'efficacité de Yves Doazan, éditeur assistant, qu'ils soient ici remerciés.

semble pas affecter la nature de la conclusion. En dépit de limites méthodologiques afférentes aux choix des variables et à la méthode, Alain Trannoy montre en effet que les inégalités des chances expliquent la majeure partie des inégalités de santé et qu'elles transitent, en particulier, à travers le statut social des parents. Les pistes de recherche sont alors ouvertes pour étayer ces résultats et en tirer des conclusions en matière de politique de santé.

La rubrique « Dossier » est consacrée à l'article de Yusuf Kocoglu (Léad et CEE) et Rodrigo De Albuquerque (Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), Legos-Léda) qui propose de faire le point sur le rôle de la santé dans la croissance économique de long terme. Cette revue de la littérature est organisée en deux temps. Dans une première partie, les auteurs présentent les travaux mesurant l'effet de l'amélioration de l'état de santé général sur l'activité économique à partir de modèles de croissance. La relation positive entre l'espérance de vie et la croissance économique est unanimement démontrée dans les travaux s'intéressant aux pays en voie de développement (PVD). Les résultats sont plus mitigés pour les pays développés, des difficultés méthodologiques liées aux différences de fonction de production entre pays, de nature des pathologies létales ou de conditions initiales (espérance de vie à la période de référence) rendant délicates les comparaisons directes entre pays. La seconde partie traite des efforts de recherche et de développement (R&D) dans le secteur pharmaceutique et leurs impacts sur la croissance économique. Les auteurs interrogent tout d'abord l'efficacité de l'innovation dans le secteur de la santé soulignant qu'une proportion importante d'innovations est de type incrémental et qu'elle s'appuie sur l'arsenal thérapeutique existant. Ils soulignent que peu d'études empiriques évaluent le lien entre les dépenses de R&D et la croissance économique. Les auteurs concluent donc au rôle vertueux de la santé sur la croissance économique par les deux canaux (santé publique et R&D) bien que des travaux empiriques sur le second canal soient encore en nombre insuffisant.

Caroline Berchet et Florence Jusot (Léda-Legos, Université Paris-Dauphine) explorent la problématique des inégalités de santé sous un angle différent, et à différents titres : d'une part, en s'appuyant sur le concept de capital social en tant que facteur déterminant des inégalités individuelles de santé, d'autre part en s'interrogeant sur les différences d'état de santé entre la population native et la population immigrée. La question de la santé des migrants est considérée dans de nombreux pays comme un véritable problème de santé publique mais n'est apparue que récemment en France. Elle mérite pourtant d'être approfondie au regard de la vulnérabilité accrue des populations immigrées du fait de leur histoire, de leurs conditions de vie, de leur isolement ou encore de leur méconnaissance du système de santé. Le concept de capital social, inspiré des travaux de Grossman, permet de faire le lien entre statut social individuel (insertion dans la société, niveau d'éducation...) et conditions matérielles dans la compréhension de l'état de santé.

Le recours à l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes permet d'explorer les différences d'états de santé entre migrants et natifs et de mesurer le rôle du capital social dans ces écarts. Les travaux réalisés sur cette question ne font pas consensus et les auteurs invalident finalement l'hypothèse du « *healthy migrant effect* » : les populations immigrées subissent un risque plus important que les populations natives en partie en raison d'un capital social détérioré. Les auteurs soulignent différents biais dans les indicateurs et mesures utilisés invitant à des travaux plus approfondis sur ce point méthodologique. Il reste que ces travaux pourraient d'ores et déjà conduire les décideurs publics à agir sur le capital social, en termes éducatifs, économiques et en matière d'insertion sociale, pour améliorer la santé des populations immigrées.

C'est aussi en termes de mode de vie et de prévention par l'action collective que Valérie Seror, Patrick Peretti-Watel (Inserm) et Olivier L'haridon (Greg-HEC et IUF) analysent les changements de comportements individuels face aux risques pour la santé. À nouveau, la question est peu explorée dans la littérature internationale alors qu'il semble acquis que des gains de santé publique pourraient être obtenus par la modification des comportements alimentaires et de consommation d'alcool et de tabac. Il est ainsi nécessaire d'approfondir rigoureusement la connaissance de ces comportements individuels, à la fois sur le plan théorique en distinguant information sur les risques, perception des risques et préférences temporelles et sur le plan empirique. À partir d'une enquête réalisée auprès de 2 000 personnes, les auteurs ont pu explorer ces questions à travers une typologie des comportements et une modélisation de type probit sur des modèles d'équations simultanées et récursives afin de prendre en compte les interactions possibles entre les différents comportements (tabac, alcool, alimentation). Certains résultats de l'étude confirment l'intuition (avoir confiance dans l'information sur les risques pour la santé est un facteur déterminant dans les décisions d'arrêt des comportements à risque), alors que d'autres sont plus surprenants (la crainte d'avoir un cancer semble intervenir négativement dans la décision d'arrêt de fumer). Sur le plan théorique, l'intérêt de l'étude est aussi de montrer que les comportements vis-à-vis du risque ne peuvent absolument pas être analysés de la même manière selon la nature de ce risque et son contexte (risque monétaire et risque pour la santé, en particulier). Enfin, l'étude confirme l'impact des déterminants socio-économiques sur les comportements à risque et la plus grande capacité des femmes à adopter un mode de vie plus sain.

C'est aussi en analysant de manière plus fine les préférences individuelles que Mehdi Ammi et Christine Peyron (Laboratoire d'Économie Gestion, Université de Bourgogne) proposent de mieux appréhender les leviers de la participation des médecins libéraux aux actions publiques de prévention. Les auteurs utilisent la méthode du *discrete choice experiment* pour tester les préférences des médecins entre différents scénarii. À partir d'une enquête *ad hoc* menée auprès des médecins libéraux, les auteurs testent l'impact de différents modes d'action pour inciter les

médecins à mener des actions de prévention. La démarche présuppose une fonction d'utilité dépendant de différents attributs (type de rémunération : forfaitaire, à l'acte ou combinée ; fréquence de la rémunération ; existence de formation, de guide de pratique, de personnel d'assistance). L'estimation économétrique de cette fonction (à partir d'un logit conditionnel) confirme l'influence des incitations financières mais montre aussi que les aspects non monétaires de leur pratique sont tout à fait significatifs des préférences des médecins. Les dispositions (ou renoncements) à payer, ainsi mesurées, confirment le très grand attachement des médecins libéraux français au paiement à l'acte, y compris pour des actions de prévention. Les résultats soulignent aussi, et de manière plus surprenante, l'espoir des médecins de voir se développer des actions de formation et des guides de pratique médicale, autant de mesures qui relèvent de l'action publique et permettraient de renforcer les normes collectives de pratique parmi les médecins libéraux.

Thomas Barnay (Erudite, Université Paris-Est Créteil – TEPP), **Sophie Thiébaud** (Inserm) et **Bruno Ventelou** (Inserm, Cnrs, Greqam-Idep) réalisent un exercice de microsimulation, à l'horizon 2029, pour la France métropolitaine, des dépenses annuelles en médicaments remboursables d'officine des assurés sociaux des personnes âgées de 25 ans et plus à partir de données appariées de l'Échantillon permanent des assurés sociaux de l'assurance maladie et de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes, en 2004. Pour la première fois, une analyse prospective est menée, intégrant notamment l'accélération du vieillissement démographique avec la montée en charge des générations nombreuses d'après-guerre. Trois *scenarii* sont testés permettant d'appréhender l'évolution de la consommation de médicaments. Les résultats montrent que l'hypothèse de vieillissement en bonne santé s'accompagne finalement de peu d'effets par rapport au scénario tendanciel (pour les 25 ans et plus : croissance annuelle de 1,14 % contre 1,44 %). Les auteurs constatent, à l'inverse, que l'allongement de la durée de vie, en particulier pour les personnes malades (scénario de vieillissement en bonne santé et de progrès médical), accélère la croissance des dépenses de médicaments associée au vieillissement et à la morbidité (croissance annuelle de 1,77 %). Ces résultats corroborent les études antérieures visant à prouver que le vieillissement aura un impact mesuré sur les dépenses de santé.

Si le poste médicaments constitue l'un des moteurs de la croissance des dépenses de santé, les dépenses hospitalières, en raison de leur poids dans la dépense globale (44 % de la consommation de soins et biens médicaux en 2009), font l'objet de nombreuses régulations économiques. L'une des réformes majeures de l'hôpital porte sur le passage d'un mode de tarification en dotation globale à un mode mixte reposant pour partie sur l'activité réelle des établissements de santé (TAA) et la convergence tarifaire. Dans ce contexte, les deux derniers articles s'intéressent à l'efficacité du secteur hospitalier. Le premier examine le lien entre le volume de l'activité hospitalière et les résultats de soins de santé et le second compare les écarts de rémunérations entre hôpitaux publics et cliniques privées.

En s'appuyant sur les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) de 2006 et de la Statistique annuelle des établissements de 2005, Zeynep Or et Thomas Renaud (Irdes) étudient le lien propre entre le volume d'activité d'un établissement et la probabilité de réadmission/décès pour huit interventions hospitalières (dont la chirurgie de cancer du côlon, l'appendicectomie et l'accident vasculaire cérébral), toutes choses égales par ailleurs. Les résultats de soins sont mesurés sur une temporalité courte (30 jours) à partir de deux indicateurs : la mortalité hospitalière et la réadmission non programmée. Pour tester cette corrélation, l'étude économétrique repose sur un modèle logistique multi-niveaux mené en deux étapes isolant les effets établissements des effets patients sur les résultats de soins. L'un des résultats importants est la non-linéarité du lien entre activité et qualité des soins et de fortes disparités selon les prises en charge et les établissements. Les auteurs mettent par conséquent en évidence des effets de seuil quant au nombre optimal de séjours d'hospitalisation complète. Si le lien entre volume d'activité et qualité des soins semble donc avéré, les auteurs montrent que des effets de spécialisation, d'organisation des soins, voire d'encadrement, jouent un rôle de facteur intermédiaire.

Sur la base des Déclarations annuelles de données sociales (DADS) par poste en 2007, Johanne Aude et Denis Raynaud (Drees, ministère de la Santé et des Sports) décrivent les différences de salaires horaires bruts entre les personnels à temps complet d'hôpitaux publics, de cliniques privées à but lucratif et de cliniques privées à but non lucratif. Un premier examen de ces données montre que les salaires sont supérieurs de 11 % dans les établissements privés à but non lucratif comparativement à ceux versés dans les hôpitaux publics. Les auteurs mènent ensuite une étude économétrique afin de tenir compte des différences structurelles (hétérogénéité inter-établissements et inter-individuelle) agissant sur ces écarts de rémunérations. La qualification et l'âge des salariés ou encore la localisation des établissements expliquent la rémunération des salariés. Cependant, l'enseignement principal de cette étude tient à la relation positive entre salaires et taille de l'établissement, en particulier pour les cliniques privées. Ce constat conduit les auteurs à envisager de nouvelles investigations dont l'objet serait de comprendre les disparités de coûts du travail entre établissements susceptibles d'expliquer une partie des écarts de salaires bruts.