

Demande et offre de soins de santé : avancées et modèles théoriques
Demand and supply of health care: advances and theoretical models

Mohamed Adaskou, (Enseignant-chercheur, PH)
*Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales d'Agadir,
Université Ibn Zohr d'Agadir Maroc*

Idriss Houmam, (Doctorant)
*Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales d'Agadir,
Université Ibn Zohr d'Agadir Maroc*

Hassan Onbouh, (Chercheur)
*Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales d'Agadir,
Université Ibn Zohr d'Agadir Maroc*

Adresse de correspondance :	FSJES, Université Ibn Zohr, Agadir, Maroc B.P 8658, Agadir 80000 <u>05282-32817</u> <u>anbouhhassan@gmail.com</u>
Déclaration de divulgation :	Les auteurs n'ont pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.
Conflit d'intérêts :	Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.
Citer cet article	Adaskou, M., Houmam, I., & Onbouh, H. (2021). Demande et offre de soins de santé : avancées et modèles théoriques. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, 2(3), 66-85. Consulté à l'adresse https://www.ijafame.org/index.php/ijafame/article/view/252
Licence	Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND

DOI: 10.5281/zenodo.4785353
Received: March 21, 2021

Published online: May 26, 2021

Demande et offre de soins de santé : avancées et modèles théoriques

Résumé

Cet article met l'action sur les avancées théoriques de la demande et l'offre de soins, deux composantes principales de la branche de l'économie de la santé. Cette nouvelle discipline constitue une application des modèles économiques au domaine de la santé qui demeure nécessaire et complémentaire pour percevoir le fonctionnement et la régulation des systèmes de santé. Les modèles théoriques de la demande de soins de santé peuvent se distinguer en se référant à deux approches : approche par le coût qui part d'une modélisation d'un comportement du consommateur de soins qui a un objectif de maximisation de son utilité sous la contrainte budgétaire et l'approche par capital, fondé par Grossman en 1972 en référence au capital santé et investissement santé. S'agissant de l'offre de soins, il existe une multitude de systèmes de protection sociale dont inspiré une classification des systèmes de santé. Ces systèmes se distinguent entre eux selon les sources et les méthodes de financement des dépenses de santé, qui ont connu une hausse importante ces dernières années occasionnée par l'évolution de la morbidité et la transition démographique qu'a connu le monde. La synthèse théorique de la demande et de l'offre de soins, ainsi que les mécanismes de financement des services de santé constate une différence selon le mode de l'organisation de l'offre de soins ainsi que le type de la couverture sanitaire. Toutefois, cette dernière composante contribue au développement d'une nation s'elle intègre une dimension universelle (couverture sanitaire universelle).

Mots clés : Couverture sanitaire, Demande de soins de santé, Economie de santé, Financement de santé, Offre de soins, Protection sociale.

Classification JEL: D11, D29, I11, I13

Type de l'article : Article théorique.

Abstract

This article focuses on the theoretical advances in demand and the supply of care, two main components of the health economics sector. This new discipline is an application of economic models to the health field that remains necessary and complementary to perceive the functioning and regulation of health systems. The theoretical models of health care demand can be distinguished by referring to the two approaches: a cost-based approach that starts with a modeling of consumer behavior in care that has an objective of maximizing its usefulness under budgetary constraints and the capital approach founded by Grossman in 1972 in reference to health and health investment capital. When it comes to the provision of care, there are a multitude of social protection systems, including a classification of health systems. These systems differ from each other according to the sources and methods of financing health spending, which have increased significantly in recent years due to changes in morbidity and the demographic transition that the world has undergone. The theoretical synthesis of demand and supply of care, as well as the financing mechanisms for health services, shows a difference depending on the way in which the provision of care is organized and the type of health coverage. However, the latter component contributes to the development of a nation if it incorporates a universal dimension (universal health coverage).

Keywords: Demand of health Care, Health coverage, Health economics, Health financing, Social protection, Supply of health Care.

JEL Classification: D11, D29, I11, I13

Paper type: Theoretical Research

Introduction

La santé, comme composante du capital humain, est l'un des secteurs fondamentaux de développement et de croissance de toute économie et qui reste au centre des préoccupations des pouvoirs publics. La santé est au cœur du bien-être et une condition préalable à un développement réussi. L'Organisation Mondiale de Santé (OMS), l'agence des nations unies concerné par les questions de santé mondiale, a défini la santé comme « un état de bien-être physique, mental et social complet et non seulement l'absence de maladie et d'infirmité » (OMS, 1947).

D'après Grossman (1972), Chaque individu dispose d'un stock initial de santé. Ce capital santé qui se déprécie avec l'âge, peut être maintenu, voire apprécié en combinant, dans un processus de production individuelle des soins de santé, le stock d'éducation et le temps disponible (Adaskou et al, 2021). Le malade, héritant d'un stock en capital santé, doit s'investir en ce dernier pour la restauration et l'accroissement de ce capital. Cet investissement se traduit par la demande de soins de santé par l'intéressé en effectuant des dépenses dans la majorité des cas.

Selon Arrow (1963), un individu bien portant est économiquement plus productif et contribue ainsi à la croissance économique parce que le niveau de santé influence la productivité de chaque travailleur en affectant ainsi le progrès économique. Pour ce faire, tous les pays considèrent la prestation de soins de santé comme un aspect important du développement socio-économique de leur pays. Si l'amélioration de l'état de la santé de l'être humain est l'un des soucis de la majorité des Etats, cette préoccupation constitue une charge considérable pour les comptes des gouvernements. De ce fait, une part très importante des richesses nationales est dirigée au financement du système de santé. (Arrow, 1963).

Les modèles théoriques de la demande de soins de santé, notamment celui de Phelps et Newhouse et celui de Grossman, peuvent se distinguer en se référant à deux approches :
1.Approche par le coût qui part d'une modélisation d'un comportement du consommateur de soins ayant comme objectif la maximisation de son utilité sous la contrainte budgétaire.
2.Approche par capital, fondé par Grossman en 1972 en référence au capital santé et investissement santé.

S'agissant de l'offre de soins, il existe une multitude de systèmes de protection sociale dont inspiré une classification des systèmes de santé. Ces systèmes se distinguent entre eux selon les sources et les méthodes de financement des dépenses de santé, qui ont connu une hausse importante ces dernières années occasionné par l'évolution de la morbidité et la transition démographique qu'a connu le monde. La synthèse théorique de la demande et de l'offre de soins, ainsi que les mécanismes de financement des services de santé constate une différence selon le mode de l'organisation de l'offre de soins ainsi que le type de la couverture sanitaire.

Cet article a pour objectif de traiter la particularité de l'économie de la santé, les modèles théoriques de la demande de soins de santé et les systèmes de l'offre de soins. De ce fait l'article est structuré comme suit : la première section traite les modèles théoriques de la demande de soins de santé. Tandis que la seconde section sera consacrée à l'étude des systèmes de l'offre de soins, en distinguant entre les différents types des systèmes de protection sociale et systèmes de santé, et en apportant une clarification aux dépenses des services de santé et leurs financements.

1. Modèles théoriques de la demande de soins de santé

1.1. Etude des concepts

1.1.1. Santé

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la santé dans son assemblée générale de constitution en 1946 comme étant un état de bien-être physique, mental et social et ne se limite pas en l'absence de maladie ou d'infirmité. La santé est un bien fondamental, privatif généralement non marchand qui lui légitime l'intervention de l'Etat. C'est un objet d'un grand nombre d'application d'outils d'économie de bien-être.

Dans son article paru en 1970, Grossman fut le premier économiste ayant avoir modélisé la demande de santé. Selon cet auteur, la santé est un stock durable, sa demande est reliée à son capital dont chacun dispose d'un stock initial hérité à la naissance et se déprécie avec l'âge. Rochaix (1997) a distingué entre la santé qui a seulement la valeur d'usage et les soins de santé qui ont une valeur d'échange.

Dans la plupart des pays, la santé est un secteur non marchand dont la régulation par le système des prix est impossible. La solution consiste donc à déléguer à la sphère publique la tâche de la régulation (prix et transferts associés), afin d'atteindre le maximum possible de satisfaction de bien-être de la société (Cohen & Henry, 1988).

1.1.2. Économie de la santé

En 1963, Arrow a donné naissance à une discipline nouvelle celle de l'économie médicale appelée a posteriori économie de la santé. Par la suite, plusieurs travaux et recherches ont contribué au développement de cette nouvelle science en appliquant au domaine de la santé des théories anciennes et récentes de la science économique. Parmi ces nouveaux courants théoriques : la théorie des contrats, la théorie des coûts de transaction, l'économie des conventions et la théorie évolutionniste. L'application de ces courants théoriques au domaine de la santé demeure nécessaire et complémentaire pour percevoir le fonctionnement et la régulation du système de santé. Mannion et al. (2005) ont signalé que cette nouvelle discipline, qui est en pleine expansion, repose sur les hypothèses normatives et comportementales fondamentales de la théorie du bien être néoclassique. Cette dernière dérive de la discipline mathématique du calcul différentiel (analyse marginale), et qui cherche à expliquer comment les ressources sont allouées dans une économie de marché.

Le premier modèle appliqué au domaine de la santé date des années 80. Dans ce cadre, une analyse néoclassique d'un modèle entre le producteur et le consommateur. Le médecin producteur arbitrant entre le travail et les loisirs et le patient consommateur ou investisseur en son capital de santé et le modèle hôpital entreprise dans le secteur hospitalier. L'approche néoclassique standard (Favereau, 1989) repose sur les hypothèses suivantes :

- ❖ Rationalité substantielle, calculatrice des individus
- ❖ Avenir risqué mais probabilisable
- ❖ Information parfaite
- ❖ Economie d'allocation des ressources

La coordination se fait par l'ajustement des prix, et le marché constitue le lien de rencontre entre les offreurs et les demandeurs. L'analyse néoclassique dans le domaine de la santé soulève certaines limites présentées par Darbon & Letourny en 1983. Ces auteurs ont souligné dans leurs travaux l'existence de l'indépendance de l'offre et de la demande. Puis l'hypothèse de la demande induite¹ par l'offre a remis en cause l'application du modèle néoclassique au domaine de la santé (Evans, 1974). L'analyse néoclassique considère l'hôpital comme une

¹ La demande induite par l'offre en économie de la santé renvoie à la capacité réelle ou supposée dont dispose un médecin pour générer une demande pour ces propres intérêts.

« boîte noire », dans laquelle on trouve que la divergence d'intérêts entre les acteurs et l'asymétrie de l'information sont exclues de l'analyse.

Dans le domaine d'assurance, l'existence de la sélection adverse et le risque moral a révélé des critiques pour l'analyse néoclassique au secteur de la santé, ce qui a amené les économistes et les chercheurs à réfléchir sur le fait que la coordination marchande ne peut pas réduire l'asymétrie de l'information et la divergence d'intérêts, d'où une orientation vers d'autres courants théoriques et particulièrement la théorie de l'agence (Béjean, 1997 ; 1999).

La théorie de l'agence en économie de la santé est un fondement relationnel multiple entre plusieurs acteurs intervenants dans le domaine de la santé : entre médecin et patient, statut médical et managers, assureur et assuré, etc. Ces différentes relations sont des relations standard de la théorie de l'agence entre le principal qui est dénué de l'information et qui doit fixer les termes du contrat en permettant à l'agent d'assurer le service tout en limitant le comportement opportuniste par le biais des méthodes incitatives. L'apport additionnel de la théorie de l'agence dans le domaine de la santé est la régulation de système de santé à travers le mode incitatif. L'hôpital n'est plus une « boîte noire » mais c'est un nœud de relation contractuelle.

Eu égard de l'hypothèse de la rationalité substantielle des individus, l'application de la théorie de l'agence au domaine de la santé présente aussi certains dysfonctionnements. Dans ce domaine, l'éthique professionnelle est une source d'existence d'un comportement de désintéressement ou d'altruisme². Pour surmonter ces limites, l'économie des conventions apporte des compléments à l'approche contractuelle malgré que son introduction est encore peu développée dans le domaine de la santé (Batifoulier, 2018 ; Béjean 1994a ; Gadreau & Béjean 1996). Tous ces travaux impliquent que l'application de la rationalité procédurale et de convention permet de mieux appréhender le comportement de prise de décision et d'où le fonctionnement d'un système de santé.

La santé est un champ vaste est adaptable à l'application des théories économiques allant de l'analyse néoclassique aux nouvelles théories économiques. L'asymétrie et l'imperfection informationnelle caractérisent ce secteur et particulièrement le marché des soins médicaux. Arrow (1963) a identifié trois caractéristiques de marché des soins médicaux :

- Condition de l'offre et de la demande et le mode des prix
- Nature de la demande
- Incertitude des prix

Les dépenses de santé constituent un instrument de la politique économique que les pouvoirs publics déploient en vue d'opérer une redistribution des revenus³ dans le cadre d'une politique sociale, mais cette socialisation baisse le mécanisme d'ajustement par les prix. De nos jours ces dépenses connaissent une tendance croissante, cela se justifie notamment par l'importance accordée au capital de santé d'un côté, et la transition démographique de la population mondiale notamment par l'effet de vieillissement de l'autre côté, ce qui pose le problème de financement. Le montant global de ces dépenses entre dans le cadre d'agrégat macroéconomique qui n'apprécie pas de façon idéale la performance globale d'un système de santé, tandis que l'évaluation microéconomique est requise pour mesurer une telle performance : efficacité allocative, équité dans la fourniture et le financement des services de santé, degré des inégalités d'accès aux soins.

² Comportement de désintéressement ou d'altruisme dans le domaine de la santé signifie l'établissement de relation de confiance entre le médecin et son patient, ce qui renvoie l'hypothèse de rationalité substantielle

³ Selon Richard Musgrave (1959), les trois motifs de l'intervention de l'Etat dans l'économie sont allocation, distribution, stabilisation

1.1.2. Demande de soins de santé

La transformation de la demande de santé en demande de soins s'établit dans un contexte d'incertitude (Arrow, 1963). Ce dernier a assimilé les soins médicaux aux biens de confiance dont lesquels la fonction de réaction des consommateurs consiste en une certification à priori des professionnels de la santé. D'autres travaux les ont identifiés comme des biens d'expérience, auxquels les individus accumulent l'expérience et développent par la suite la capacité de jugement de leurs qualités, et par conséquent l'information se divulgue entre les consommateurs (Rochaix, 1989). Alors, ces biens exercent un effet positif externe sur la demande de soins des patients non informés ce qui influence par le biais de la réputation l'offre des médecins. Ces derniers sont appelés à offrir des soins de qualité afin de séduire davantage la clientèle (Tirole & Laffont, 1993). Ainsi, la qualité des soins impacte l'utilité de patient, et son effet sur la demande de soins est conditionnée selon la nature de la pathologie et le volume de l'offre⁴.

La relation contractuelle entre le patient et le médecin a connu un développement depuis les années 60. Elle a évolué d'un modèle de délégation totale de pouvoir décisionnel au modèle du patient décideur, où le médecin transmet l'information au patient qui est le seul décideur de son choix thérapeutique. La révélation des préférences est un problème ancien dans la science économique ainsi l'existence d'un tiers dans le domaine de soins renvoie à la réflexion sur le comportement de ce dernier, ce qui est source de l'existence d'une demande induite dans le domaine de la santé (Evans, 1974). L'hypothèse de la demande induite précise que le tiers influence les préférences des consommateurs de façon à satisfaire ses propres intérêts (Rochaix & Jacobzone, 1997). Gaynor & Gertler (1995) ont montré un impact significatif des variables liées à l'offre de soins telles que le prix et le contrat sur le recours aux soins. Ajoutant que la densité médicale influence également de manière positive le coût d'un soin, c'est-à-dire l'augmentation de la densité médicale entraîne la hausse du coût de soins par les mécanismes de la qualité de soins et la hausse de la demande résultant de cette même qualité tel que la réduction des durés d'attente et la hausse des durés des consultations (Rochaix & Jacobzone, 1997).

Les travaux des économistes de la santé (Arrow, Phelps & Newhouse et Rochaix) montrent que la réponse à un besoin de la santé par l'expression de la demande ou la consommation se fait dans un cadre complexe marqué par l'incertitude médicale, présence d'un tiers et construction et révélation des préférences.

1.2. Modèles de la demande de soins de santé

Les modèles théoriques de la demande de soins de santé peuvent être distingués en se référant à deux approches : approche par coût dont les principaux auteurs sont Phelps & Newhouse (1979) et approche par capital, fondé par Grossman en 1972, qui est basée sur le capital santé et l'investissement en santé.

1.2.1 Modèle de l'approche par coût

Phelps & Newhouse (1974) ont modélisé le comportement d'un consommateur de soins, qui a un objectif principal de maximisation de son utilité sous la contrainte budgétaire. Les dépenses de la santé sont couvertes par une assurance en raison du caractère aléatoire de l'état de santé. Cet individu choisit sa quantité de soins optimale qui égalise la valeur marginale et le coût marginal des soins. Dans ce cadre la demande est plus sensible au coût couvert et non couvert par l'assurance, c'est-à-dire plus le montant décaissé par les individus est faible, plus

⁴ Les patients souffrants des pathologies chroniques fréquentent périodiquement des cabinets de soins, ce qui leur permet de disposer de la qualité informationnelle. Aussi l'existence d'une offre multiple permet de comparer la qualité des prestations fournites.

la demande est importante, ce qui pose le problème de la demande excessive en cas de la gratuité des soins en raison de la surconsommation des soins. Le modèle de Phelps & Newhouse se trouve proche de la réalité, mais présente la limite que les consommateurs ont la capacité de choisir les soins médicaux comme celle des biens marchands. Cela a été critiqué surtout en présence d'un tiers sur le marché des soins médicaux qui influence ce choix (Thomas, 2001).

1.2.2. Modèle de l'approche par capital

Le modèle de Grossman (1972) est une approche en référence au capital. Il est basé sur le concept de capital de santé et l'investissement en santé. Les individus sont motivés d'investir dans leur capital humain afin d'augmenter leurs productivités et d'en tirer profit (formation en éducation et emploi). Plusieurs auteurs ont modélisé la quantité optimale de l'investissement en capital humain pour tout niveau d'âge (Ben-porath, 1967). A l'opposé, le modèle de Grossman constitue une rupture avec l'édifice théorique de l'analyse de la santé comme un facteur de capital humain (Mushkin, 1964). Cela s'explique selon Grossman par le fait que le stock de connaissance d'une personne influence sa productivité, tandis que le capital de santé détermine le temps global que l'individu peut allouer pour le gain des revenus.

La nouvelle approche de comportement du consommateur qui fait la distinction entre les produits de base et celles du marché constitue la règle du fondement du modèle de Grossman. Selon cette approche un consommateur utilise des biens et services pour produire des produits de base⁵. A la naissance, les individus héritent un stock de capital en santé qui se déprécie avec l'âge mais peut s'apprécier par le biais des investissements, dont les inputs sont le temps propre des ménages et les biens marchands tels que les soins médicaux. A cet effet, les consommateurs demandent la santé pour plusieurs raisons : en premier lieu, la santé est considérée comme un produit de consommation qui augmente le degré de satisfaction et l'utilité, tandis que les jours de la maladie sont des sources de désutilité. En deuxième lieu, la variation positive de stock de capital de santé réduit le temps perdu pour les activités marchandes et non marchandes, donc la santé fait l'objet d'un produit d'investissement dont le rendement est la valeur monétaire de la réduction en temps perdu. Toutefois, il existe plusieurs variables qui agissent sur le prix de la santé autre que les soins médicaux. Ainsi, tout ajustement dans ces variables modifie les quantités optimales de santé. Le prix de la santé s'accroît avec l'augmentation du taux de dépréciation de capital de santé et se décroît avec l'éducation qui est expliqué dans le modèle de Grossman ci-dessous :

Soit $U = U(\varnothing_0 H_0, \dots, \varnothing_n H_n, \dots, Z_0, \dots, Z_n)$ et $H_{i+1} - H_i = I_i - \delta H_i$

Dont les variables sont comme suit :

H_0 : Stock de capital de santé hérité ; U : utilité

H_i : Stock de capital en santé en $i^{\text{ème}}$ période ; \varnothing_i : Flux de service par unité de stock

$h_i = \varnothing_i H_i$: Consommation totale des services de santé ; Z_i : Consommation d'un autre bien

$H_{i+1} - H_i$: Investissement net ; I_i : Investissement brut

Le taux de dépréciation de capital santé (δ) est exogène mais peut varier durant l'âge de l'individu. Les fonctions de production du ménage sont $I_i = I_i(M_i; TH_i; E_i)$ et $Z_i = Z_i(X_i; T_i; E_i)$, avec M_i , X_i , TH_i et T_i , E_i désignent respectivement : soins médicaux, bien imputé dans la production de base Z_i , temps imputés et stock de capital de santé. Tout changement dans le

⁵ Consacrer plus de temps aux ouvrages et la consommation des services de l'enseignement aura pour conséquence la production d'un supplément de connaissance qui est considéré comme un produit de base.

capital humain impacte l'efficacité de la production non marchande (comme le cas de la technologie qui influence la productivité dans le secteur marchand). La fonction de l'investissement en santé peut s'écrire comme suit : $I_i = M_i g(t_i; E_i)$ avec $T_i = TH_i / M_i$ représente le produit marginal de temps et soins médicaux dans l'investissement brut. La contrainte budgétaire des biens équivalents aux présentes valeurs des dépenses actualisées est la suivante :

$$\sum \frac{P_i M_i + V_i X_i}{(1+r)^i} = \sum \frac{W_i T W_i}{(1+r)^i} + A_0 \quad (1)$$

P_i et V_i sont respectivement des prix de M_i et X_i , et r , W_i , A_0 , $T W_i$ représentent respectivement le taux d'intérêt, taux de salaire, Revenu immobilier actualisé et les heures de travail. La contrainte de temps nécessite que Ω qui est le temps total disponible en toute période, doit être épuisé par tous les usages possibles (GROSSMAN, 1972).

$$\Omega = T W_i + T L_i + T H_i + T_i \quad \text{Et} \quad T L_i = \Omega - h_i$$

$T L_i$ désigne le temps perdu pour l'activité marchande et non marchande due à une blessure ou une maladie. L'augmentation de temps en bonne santé ($T H_i$) en période i entraîne une hausse de l'investissement brut (I_i) et de capital en santé (H_{i+1}), et par contre engendre une diminution de temps perdu en $i+1$ ($T L_{i+1}$). i.e. $T H_i$ et $T L_{i+1}$ sont négativement corrélés. La substitution de $T W_i$ dans l'équation (1) donne la contrainte de la richesse totale :

$$\sum \frac{P_i M_i + V_i X_i W_i (T L_i + T H_i + T_i)}{(1+r)^i} = \sum \frac{W_i \Omega}{(1+r)^i} + A_0 = R \quad (2)$$

Selon l'équation (2), la richesse créée par un individu est partagée entre les biens marchands, la production non marchande et une autre est perdue pour la maladie. Le stock initial de santé et les taux de dépréciation déterminent les quantités optimales de l'investissement brut, ce dernier quant à lui détermine les quantités optimales de capital de santé.

Selon Grossman, le capital de santé n'est pas marchand. Si un consommateur désire augmenter son capital de santé en période i il doit alors augmenter son investissement brut par une unité pour la période $i-1$. L'hypothèse de modèle de Grossman réside dans l'instabilité de taux de dépréciation (δ) qui varie selon l'âge. A l'âge précoce de la vie, le taux de dépréciation est corrélé négativement avec l'âge. Après un certain cycle de vie, la corrélation devient positive. Le taux de salaire d'un individu conditionne l'intérêt accordé au temps en bonne santé, i.e. un grand taux de salaire incite un individu à substituer les biens marchands contre son propre temps en produisant des produits de base.

L'objectif du modèle de Grossman est de construire un modèle de demande des produits de base tel que le bien de la santé, bien qu'il y a des explorations antérieures extrêmement intéressantes à la santé (Adelman, 1963 ; Newhouse, 1968), mais l'une des limites de ces modèles est l'absence d'une approche comportementale. En revanche, l'une des propositions de Grossman est que les dépenses en soins médicaux augmentent avec l'âge, et les plus éduqués demandent davantage un stock optimal de santé assez large.

2. Systèmes de l'offre de soins

2.1. Typologie des systèmes de protection sociale

La construction des systèmes de protection sociale est très ancienne, la plus grande partie du XIX^e siècle se caractérise par la dominance des régimes libéraux qui refusent toute forme d'intervention de l'Etat. Ce refus de la socialisation a contribué au développement d'un marché de soins. Cette logique du libéralisme du XIX^e siècle a été remise en cause notamment suite à la première loi du 1893 qui a prévu la gratuité de soins pour toute personne dépourvue de ressources, ainsi la naissance de l'assistance médicale gratuite (Batifoulier, 2018).

Les régimes de protection sociale peuvent être distingués selon plusieurs typologies : modèle bismarckien, modèle de Beveridge, modèle de Richard Titmuss et modèle de Costa Esping Anderson.

2.1.1. Le modèle bismarckien et le modèle de Beveridge

L'allemand Bismarck (1815-1895) a instauré à la fin du XIX^e siècle un dispositif de protection sociale, le premier en 1883 concerne le risque de la maladie, et ensuite ce dispositif se propage aux accidents de travail, l'invalidité et la vieillesse. Le régime de protection sociale dans sa forme est une liaison au marché de travail dont le salaire est soumis à des cotisations sociales salariales et patronales, ce qui constitue un fondement social qui se base sur la solidarité professionnelle. Les systèmes : Allemand, néerlandais, belge, autrichien sont des systèmes bismarckiens.

En revanche, Beveridge (1879-1963) a mis en œuvre un régime qui se base sur le financement par le biais de l'impôt, et qui repose sur trois critères connus par les trois U. En premier lieu, l'universalité signifie que l'ensemble de la population et ses risques sont couverts par la protection sociale. Deuxièmement, l'uniformité qui désigne que la contribution forfaitaire des individus leur permettent de bénéficier d'une prestation qui est fournie sur le critère de besoin et non pas le revenu. Et enfin, une seule contribution couvrira l'ensemble de la population dans le cadre du principe d'unicité. Les régimes de la Grande-Bretagne, Irlande, les pays scandinaves sont qualifiés des modèles de Beveridge.

2.1.2. La classification de Richard Titmuss

Selon Richard Titmuss (1974), l'analyse comparative des systèmes de protection sociale a révélé les modèles suivants : résiduel, institutionnel-redistributif et industriel-méritocratique. Dans le régime résiduel, l'intervention de l'Etat est minimale et ne concerne que la régulation des carences en solidarité primaire, par conséquent le rôle de l'Etat se réduit au développement de la protection sociale par le biais des incitations et l'aide accordée aux personnes vulnérables⁶. Par contre le modèle institutionnel-redistributif est d'inspiration beviridgienne dont la contribution est forfaitaire. L'Etat est un acteur principal de la couverture sociale qui effectue la redistribution des revenus. Le modèle industriel-méritocratique s'établit dans le cadre de la logique de Bismarck, les besoins sanitaires sont satisfaits en fonction de la position dans l'emploi dont le régime britannique constitue l'archétype (Helfter, 2009).

2.1.3. Classification de Costa-Esping-Anderson

Cette typologie s'articule autour de trois critères qui sont : le degré de marchandisation, la stratification sociale et la relation entre l'Etat. Ces trois critères définissent trois régimes qui sont : le régime libéral, le régime social-démocrate et le régime conservateur-corporatiste⁷. Le régime libéral est fondé sur la libre prévoyance et présente un degré de démarchandisation

⁶ Plus pauvres ou sans travail

⁷ Le régime corporatiste -conservateur assure une protection sociale aux individus ayant cotisé, donc travaillé.

faible⁸ et une redistribution minimale dont les USA en est le prototype. A l'opposé, la protection sociale est universelle dans le modèle social-démocrate⁹, et affiche un objectif de réduction des inégalités. Les prestations versées sont forfaitaires et élevées qui visent à assurer un haut niveau de vie. En fin, le modèle corporatiste-conservatoire comme son nom l'indique par la défense de l'avantage acquis par les différentes professions, il présente l'objectif de protection des individus contre les risques survenant pendant la vie tel que : le chômage, la maladie, l'invalidité, le vieillissement.

2.2. Typologie des systèmes de santé

Le système de santé est un ensemble d'organisations, institutions, ressources et des personnes dont l'objectif principal est l'amélioration de la santé des individus¹⁰. La plupart de systèmes de santé sont composés d'un secteur public, d'un secteur privé, et d'un secteur traditionnel. Les systèmes de santé visent à répondre initialement à quatre fonctions utiles : prestation des services, création de ressources, financement et gestion administrative, ainsi il est indispensable d'établir une classification propre aux systèmes de santé (Benamouzig, 2004).

2.2.1. Systèmes d'assurance maladie

Au sein des systèmes de l'assurance maladie, les consommateurs recourent aux producteurs de soins public ou privé, et les caisses d'assurance maladie les remboursent par la suite. Généralement ces systèmes sont inspirés des régimes conservateur-corporatiste. La consommation de soins est prise en charge par les caisses de l'assurance maladie, soit nationales (France), soit locales et professionnelles (Allemagne, Autriche, Belgique, Suisse, Pays Bas).

2.2.2. Systèmes nationaux de santé

Les systèmes nationaux de santé constituent la deuxième classification, la tutelle est assurée par l'Etat qui prélève à cet effet l'impôt pour le financement. Dans ces systèmes l'accès aux soins n'est pas garanti par le remboursement de ces dépenses, mais plutôt comme la possibilité de recourir au système (Thollet, 2020). Toutefois, les activités de ces systèmes doivent satisfaire un besoin collectif, social, économique et culturel afin de réaliser un développement durable (El Fathi & Benabdelhadi, 2020). L'organisation de ces systèmes se diffère entre les pays, allant de plus concentré comme notamment National Health Service (NHS) en Grande Bretagne, au plus décentralisé (Suède, Danemark, pays de sud de l'Europe,...).

2.2.3. Systèmes libéraux de santé

Les systèmes libéraux de santé ou assurance maladie résiduelle (Bras & Tabuteau, 2009) se caractérisent par des systèmes publics d'assurance maladie assez partiel et s'adresse aux personnes nécessitant des soins d'urgence et les pauvres. Ce modèle est très répandu dans les pays de l'Europe centrale et orientale et également les USA.

Aux USA, le programme Medicare a été inauguré en **1965** et couvre une population de **46,8** millions de personnes (2015) souffrants d'invalidité ou âgés de plus de 65 ans. Tandis que le programme Medicaid est adressé aux familles les plus pauvres avec les enfants (**62,3** millions de bénéficiaires).

⁸Le degré d'émancipation et autonomisation par rapport au marché de travail

⁹Le modèle social-démocrate est présent dans le Suède, ce modèle représente un effet de redistribution maximale.

¹⁰ Définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS)

2.3. Financement des systèmes de santé

En économie de développement, la mesure de revenu est liée fortement à celle de la santé (El Fellousse & Kherbach, 2007). Ainsi l'amélioration de la santé des individus est un facteur crucial pour la croissance économique et le développement durable. Cette amélioration passe par l'instauration des mécanismes d'assurance maladie afin d'atteindre une meilleure couverture sanitaire qui accroît le recours équitable et efficient aux soins (Nauleau, Destremau et Lautier, 2013). Dans les pays en voie de développement, le développement des systèmes nationaux de santé est accompagné souvent par la reconnaissance de l'accès aux soins comme un droit fondamental ce qui met en péril le financement des services de santé. Selon Sirag et al. (2017), la majorité des pays en voie de développement souffrent en général d'un manque de ressources financières et particulièrement celles allouées à la santé. Toutefois, les modalités de financement sont impactées par le développement historique, social, politique et économique du pays (Asante et al., 2019).

La quasi-totalité de services de santé sont financés par les ressources publiques et les participations individuelles des ménages ce qui remet en cause les politiques de financement des systèmes nationaux de santé dans ces pays. L'approche de l'OMS dans ce cadre se focalise sur un arsenal d'éléments en relation avec la couverture universelle sanitaire : équité en termes de recours et utilisation des services de santé, protection financière contre les dépenses catastrophiques et les prestations de qualité.

L'évolution et les mutations qu'a connues le domaine de la santé notamment par l'extension du progrès technique et la transition démographique avec la prédominance de plus en plus de la population vieillard ont généré des demandes supplémentaires, et par conséquent une hausse des coûts des services de la santé. A cet effet la question du financement des systèmes de santé ne se limite pas seulement à la mobilisation de ressources supplémentaires, mais une allocation de ressources disponibles est requise pour faire l'objet de l'efficience. Néanmoins, toute réformes du financement de la santé doit intégrer davantage la mutualisation des risques ainsi que la génération des revenus (Degroote et al., 2019).

Selon Asante et al. (2020), le financement de la santé est au cœur du fonctionnement des systèmes de santé et de la réalisation des objectifs de développement durable liés à la santé, y compris la couverture sanitaire universelle (CSU).

2.3.1. Sources et méthode de financement des systèmes de santé

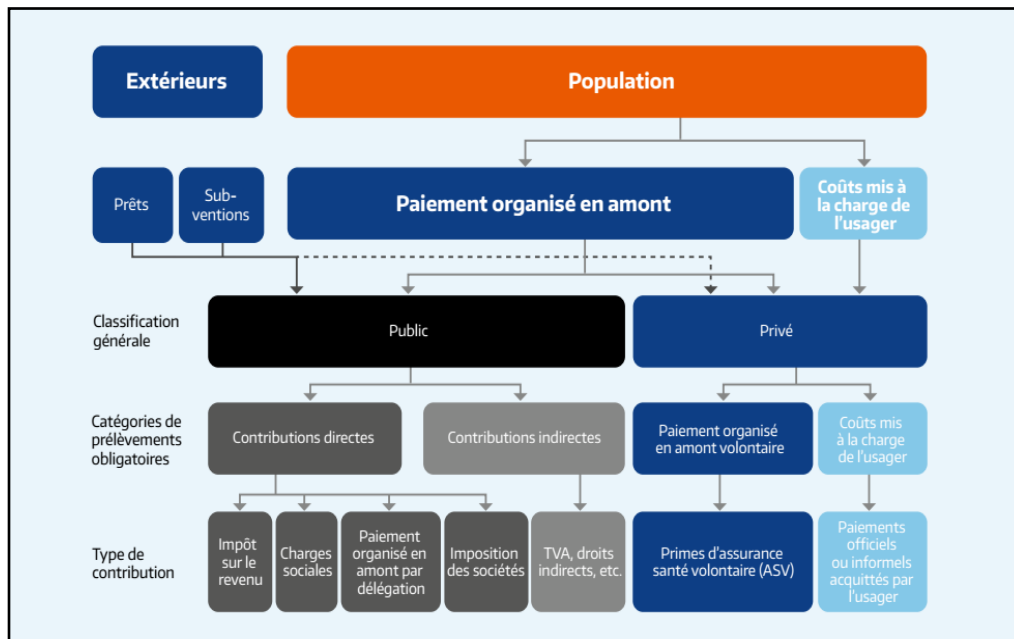
2.3.1.1. Sources de financement des services de santé

Il existe une multitude de sources pour financer les services de santé qui se scindent en sources traditionnelles et actuelles. Le groupe traditionnel comprend les fonds qui émanent de secteur public, ménages et de l'extérieur d'un pays. La performance de ces ressources se mesure sur la base de la détermination des critères d'évaluation qui influencent l'accès aux soins à savoir : l'équité, l'efficacité et la stabilité. Une source de financement est équitable lorsque l'accès aux soins préventifs et curatifs se fait selon le besoin, et le paiement selon le revenu.

A l'opposé, les sources modernes de financement des services de santé comprennent deux catégories (Cf. figure 1). La première est une forme de contribution financière des utilisateurs par la modalité de recouvrement des coûts, à laquelle le bénéficiaire paie la totalité ou une partie des sommes versés pour l'achat de biens et services de santé. Le recouvrement des coûts a été inauguré par l'OMS et l'United Nations International Childrens's Emergency Fund (UNICEF) dans le cadre de l'initiative de Bamako en 1987, visant à faire face à la tendance haussière des dépenses des établissements de santé. La deuxième catégorie réside dans le système de mutualisation des risques qui peut être privé à but lucratif comme le cas d'une assurance privé, et privé à but non lucratif comme le cas des mutuelles. En fin, le système

public dans le cadre d'un régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) et la sécurité sociale.

Figure 1: principales sources de financement et principaux mécanismes de contribution



Source : OMS (2018)

Un système de santé est une série de transferts de ressources assurant une fonction dans le système (Grignon, 2010). Le premier transfert émane des ménages vers les tiers payeurs, et le deuxième celui des tiers payeurs vers les producteurs de soins et le dernier est un transfert de ressources non monétaires¹¹. Le transfert prend la forme de l'impôt et le payeur est appelé contribuable dans la situation où le tiers payeur est l'Etat, dont le financement est de type obligatoire, statutaire qui fait l'objet d'une double redistribution¹². Pour le cas d'une cotisation sociale, le payeur est un travailleur et le financement est aussi statutaire et génère une double redistribution, ces deux premiers cas sont qualifiés de type public. A l'opposé, le transfert est appelé prime dans le secteur privé, le payeur est un assuré et le tiers payeur est un assureur, et le financement est de type volontaire qui résulte d'un choix individuel.

2.3.1.2. Méthodes de financement des systèmes de santé

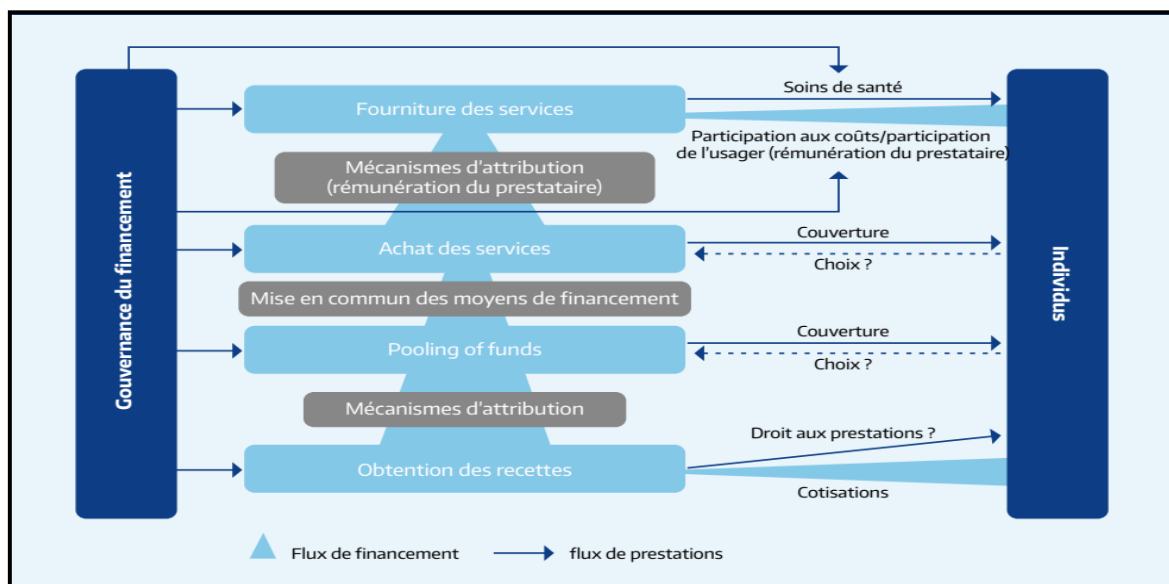
« La santé pour tous d'ici l'an 2000 », est le but proclamé par l'OMS en 1978 suite à la déclaration d'Alma Ata. Les décideurs publics ont décidé de mettre en œuvre les mécanismes de financement dans le but d'améliorer l'accès aux soins en éliminant tous les obstacles financiers notamment pour certains groupes socio-économiques. Selon le rapport mondial de la santé de 2010, un système de santé doit assurer l'obtention des recettes, la mise en commun des fonds et l'achat des services (Cf. **figure 2**). Les objectifs des systèmes nationaux de santé sont réalisés par le biais d'un choix d'une méthode de financement convenable, aussi bien que plusieurs réformes ont été envisagées afin de restaurer le financement des systèmes de santé. Ces réformes visent en premier à améliorer l'équité dans la répartition des ressources en assurant une protection financière contre les risques. A cet égard, les individus ne doivent pas se situer sous la ligne de la pauvreté parce qu'ils utilisent les soins de santé. Ainsi, le niveau élevé des paiements directs des consommateurs est impliqué dans la révélation des risques financiers. En effet, la réduction des dépenses publiques de santé aboutit à la baisse des

¹¹ Temps, effort de production utilisé pour prodiguer les soins aux patients

¹² La première redistribution de biens portant vers les malades et la deuxième des riches vers les pauvres

prestations de santé publique et par conséquent, à des niveaux plus élevés de paiements directs des assurés (Grigorakis et al., 2018).

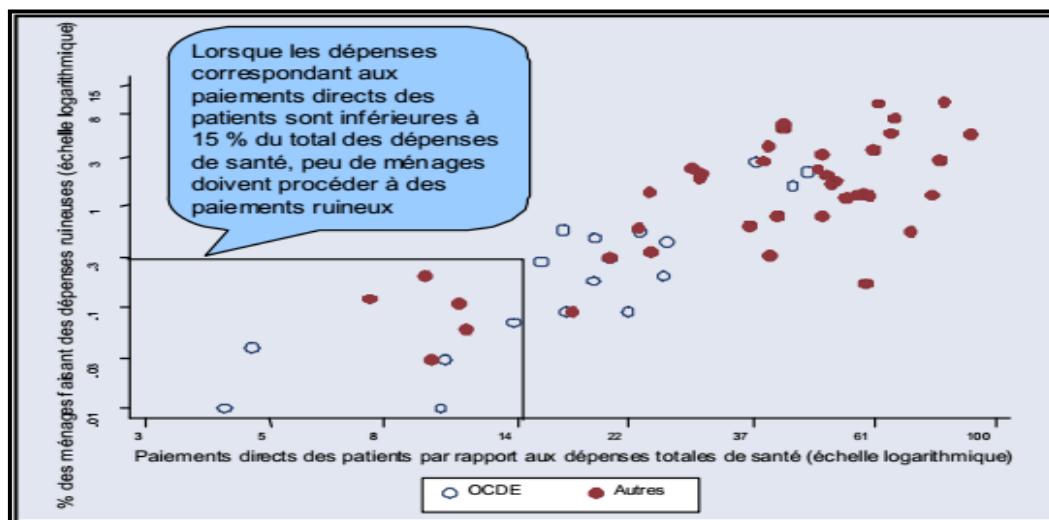
Figure 2: les dispositifs de financement de la santé



Source : OMS (2018)

L'analyse de 80 pays de l'OMS (Cf. figure 3) a mis en relation la part des paiements directs des patients aux soins dans les dépenses totales de santé et les familles qui doivent effectuer les dépenses catastrophiques. En fin le système de financement de la santé doit assurer les soins de qualité, et préconiser des méthodes incitatives.

Figure 3: Part des paiements direct des ménages dans le total des dépenses de santé



Source : OMS (2018)

2.3.2. Assurance maladie

2.3.2.1. Assurance maladie obligatoire et volontaire

L'assurance maladie est un dispositif qui permet à un individu de se protéger contre les risques financiers en cas de maladie, elle peut être obligatoire ou volontaire dans le cadre d'un choix individuel. Les caractéristiques individuelles conditionnent la préférence d'un individu à la couverture maladie, et diffèrent selon leurs capacités à supporter l'incertitude sur les revenus futurs. Cette capacité est conceptualisée par l'aversion au risque et s'évalue par un prime, i.e. la somme que l'individu est prêt à payer aujourd'hui pour que son revenu ultérieur

ne soit pas dépendant d'un événement aléatoire. Le panier remboursable par la couverture maladie et l'importance accordée au capital de santé¹³ influence également de manière significative la préférence individuelle à la couverture maladie.

La couverture sanitaire des dépenses de santé par le secteur public ou privé influence les mécanismes d'ajustement de la demande de soins par les prix, cela peut être analysé économiquement comme un obstacle qui interrompt tout lien entre la demande de soins et son prix (Pauly, 1968 in Caussat et al., 2004). Le prépaiement des dépenses de soins constitue le mécanisme de fonctionnement des assurances maladie, par conséquent les niveaux supérieurs de l'assurance maladie pourraient diminuer les gains sociaux de la mutualisation des dépenses de santé, en éliminant toute incitation monétaire des individus à un recours modéré aux soins. (Caussat & Raynaud, 2004).

Dans le cadre de l'AMO, la consommation obligatoire d'un bien est indépendante des goûts personnels et déterminée de manière collective (Grignon, 2010). Le risque moral est prépondérant dans ce type d'assurance qui est une source de surconsommation des soins. En revanche, l'assurance maladie volontaire (AMV) constitue un terrain favorable à anti-sélection (Pauly, 1986), cela signifie que l'AMV est choisi selon le degré du risque, ainsi les bons risques choisiront la couverture faible et les mauvais risques opteront pour une couverture généreuse ce qui risque d'éradiquer la solidarité dans l'AMV. En comparant ces modes assurantiels, l'AMV est toujours plus inéquitable que l'AMO (Wagstaff & Doorslaer, 2000).

2.3.2.2. Assurance maladie hybride

Selon Mossialos & Thomson (2004), il existe plusieurs types de financement hybride entre l'AMO et l'AMV. Le volontaire substitutif concerne les individus qui sont exclu de l'AMO, et sont opté à une couverture privé. A l'opposé le volontaire supplémentaire est présent notamment dans les pays où il existe une couverture totale de soins, mais la qualité de ces derniers est jugée trop faible par certains individus d'où le recours à une assurance supplémentaire qui garantissent un accès plus rapide aux soins de qualité¹⁴ (Perronnin, 2013). Ces bénéficiaires doivent continuer à payer au système obligatoire. En fin le volontaire complémentaire, comme son nom l'indique il complète l'AMO par le biais de l'intervention dans le reste à charge de l'assuré pour certains paniers de soins, où le partage avec l'AMO pour d'autres.

Selon Laurent & Denis (2004), la couverture médicale élevée ne détermine pas seulement la consommation excessive des soins, mais il existe d'autres facteurs qui interviennent notamment les hauts revenus et le mauvais état de santé. Cette hétérogénéité fait du test du risque moral un test complexe, donc il faut neutraliser les biais de sélection d'adhésion à des dispositifs d'assurance. Rand Experiment a mené une étude auprès de 15 polices d'assurance aux USA. Ces régimes d'assurance se diffèrent allant de la gratuité totale à la prise en charge avec un taux de co-paiement pouvant atteindre au maximum 95 %. Un tirage de 6000 ménages a fait l'objet de l'échantillon et les principaux postulats sont les suivants :

- L'application d'un taux de co-paiement de 95% réduit les dépenses de santé jusqu'à 30 %.
- L'impact de l'assurance maladie sur les dépenses des soins ambulatoires est plus sensible que les soins hospitaliers.

L'étude américaine est un soutien pour l'hypothèse du risque moral, elle confirme que la pratique des taux de co-paiement appropriés peut avoir un recours modéré aux soins. Cette

¹³ Entre les individus il y a ceux qui pensent que le capital santé est précieux tandis que des autres sont prêt à le substituer par d'autre type de satisfaction

¹⁴ Exemple de lit hospitalier en Angleterre sans liste d'attente

situation est socialement souhaitable mais risquée par la dégradation de l'état de santé des personnes qui renoncent aux soins pour raisons financières. Même résultats pour les études françaises qui ont exploré la corrélation positive entre l'assurance maladie et les dépenses de santé (Geoffard, 2000).

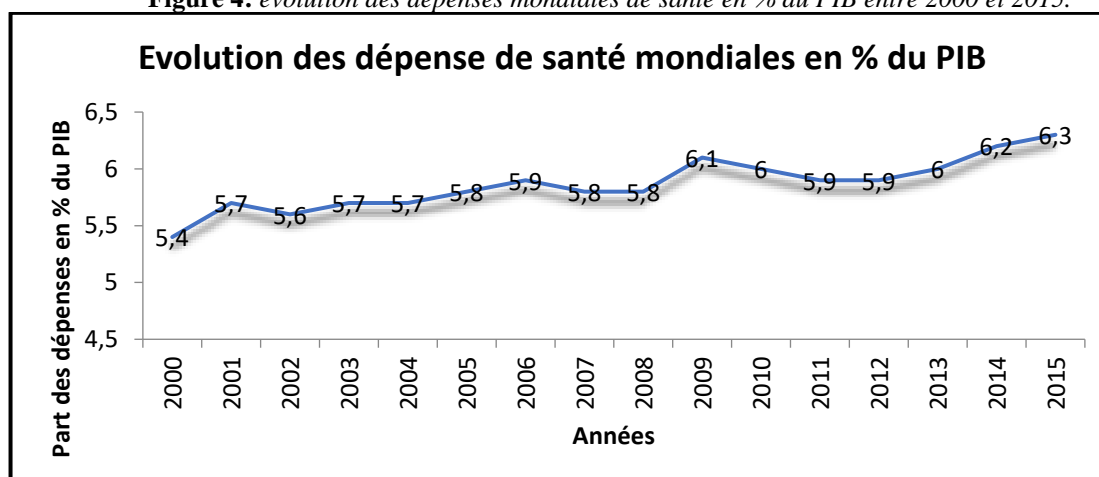
Genier (1998) a effectué une étude sur les données de l'enquête réalisée par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en France entre 1991-1992. L'auteur a défini l'épisode de soins par l'ensemble des soins et biens médicaux consommés pour une même pathologie. Les résultats montrent que l'assurance maladie complémentaire (AMC) a une incidence nulle sur la dépense moyenne de l'épisode de soins, et une incidence positive sur le nombre d'épisode de soins. Pour les personnes disposant d'une AMC, le nombre d'épisode de soins est supérieur à celui des personnes qui sont soumises seulement à une assurance maladie obligatoire de **57%**. L'amélioration de la couverture maladie des personnes à revenus modeste ou en mauvaise état de santé influencent en général leurs bien être, cela aussi a pour effet indirect la généralisation des externalités positives sur la société par une augmentation de capital humain et une moindre inégalité primaire de revenu (Laurent & Denis, 2004).

2.3.3. Dépenses de santé

L'évolution de la morbidité et la transition démographique qu'a connu le monde a généré la croissance des dépenses de santé (DS), ce qui a traduit l'augmentation de la part de ces dépenses dans le produit intérieur brut (PIB) des pays (Cf. **figure 4**). Toute chose étant égale par ailleurs, cette hausse se fait au détriment des dépenses des autres secteurs tels que l'éducation, social, etc (Barnay, Hartmann et Ulmann, 2007).

Selon l'approche de l'OMS en matière de la définition de la santé, les DS désignent en plus des coûts liés aux soins, tous les éléments qui ont un effet sur les dimensions psychiques et sociales du capital santé (loisirs, conditions de vie, protection sociale,...). L'agrégat des dépenses courantes de santé englobe l'ensemble de contributions financières au système de santé. Lorsque cet agrégat est réduit des coûts liés aux indemnités journalières et l'investissement public dans la santé, il est appelé dépenses nationales de santé qui est utile pour les comparaisons internationales. La consommation médicale totale (CMT)¹⁵ est composée de la masse financière globale relative aux soins curatives et aux services de prévention.

Figure 4: évolution des dépenses mondiales de santé en % du PIB entre 2000 et 2015.



Source : élaboré par nos propres soins

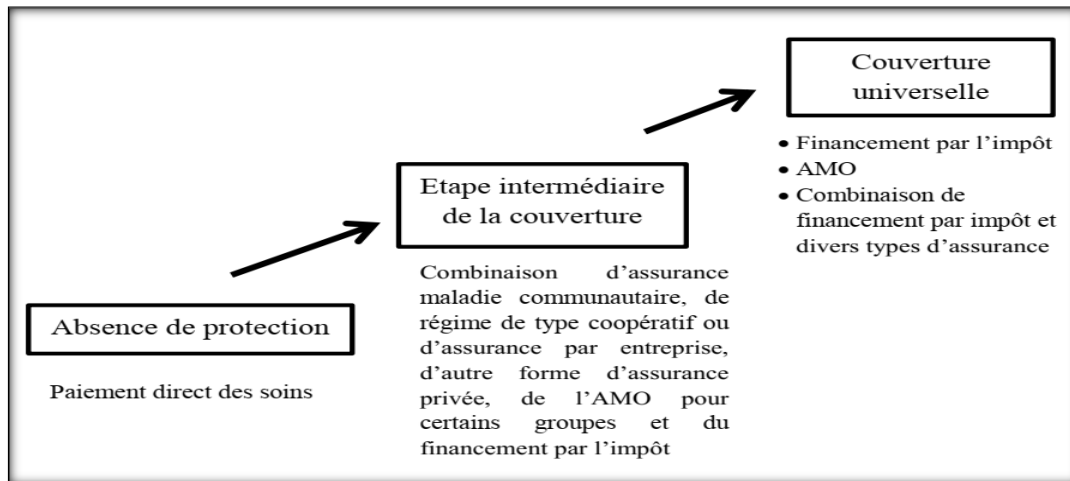
¹⁵ La CMT est composée de la consommation médicale des biens de santé (CMBS) qui contient les soins hospitaliers, soins ambulatoires, transport sanitaire, bien médicaux et la consommation de services en médecine préventive

2.3.4. La couverture sanitaire universelle

La couverture sanitaire universelle (CSU) est un mécanisme par lequel tous les membres d'une société aient accès aux services de santé de qualité sans que cela engendre des difficultés financières. C'est une composante principale de développement durable et un outil de lutte contre la pauvreté en réduisant les inégalités d'accès aux soins. D'après l'OMS, l'atteinte de la CSU pour une communauté nécessite la combinaison des facteurs suivants:

- Une bonne gouvernance du système de santé.
- Un système de financement des services de santé qui protège contre les risques financiers.

Figure 5: le passage à la couverture sanitaire universelle



Source : élaboré par nos propres soins

Les pays qui ont achevé la CSU ont instauré des mécanismes de prépaiement qui se base sur la fiscalité ou l'AMO (Cf. **figure 5**). Le principe est que les fonds sont mises en œuvre et les patients nécessaires sont ceux qui en bénéficient dans le cadre de la collectivisation des risques financiers. Quel que soit le système de financement considéré, la transition vers la CSU peut s'étaler sur une longue période. Au Japon, ce processus a duré 36 ans entre la première loi d'AMO et celle de la CSU.

3. Conclusion

L'économie de la santé est une discipline nouvelle de l'économie qui a connu un essor remarquable suite à la publication en 1963 de l'article d'Arrow. Economie médicale par la suite nommée économie de la santé analyse des sujets variés, et qui sont en relation avec le domaine de la santé tel que la demande et l'offre de soins, mécanisme de financement des services de santé, assurance maladie..

Le premier modèle appliqué au domaine de la santé date des années 80. Dans ce cadre, une analyse néoclassique d'un modèle entre le producteur et le consommateur. Le médecin producteur arbitrant entre le travail et les loisirs et le patient consommateur ou investisseur en son capital de santé et le modèle hôpital entreprise dans le secteur hospitalier.

Les modèles théoriques de la demande de soins de santé, notamment celui de Phelps et Newhouse et celui de Grossman, peuvent se distinguer en se référant à deux approches : 1.Approche coût : le modèle de Phelps & Newhouse (1974) s'inscrit dans cette démarche, il illustre le comportement d'un consommateur de soins, qui a un objectif principal de maximisation de son utilité sous la contrainte budgétaire. 2.Approche capital : le modèle de Grossman (1972) constitue le modèle marquant de cette approche. Il est basé sur le capital et investissement en santé. Grossman considère la santé comme un bien durable et que les

individus héritent un stock initial de santé qui se déprécie avec le temps mais qui peut être augmenté avec l'investissement.

Pour les systèmes d'offre de soins, Il existe une multitude qui se diffère selon leurs modes de financement, en combinant à la fois l'impôt, l'AMO et le paiement direct des ménages. L'objectif principal de ces systèmes est de garantir pour chaque individu un accès équitable aux services de santé. A cet égard, l'amélioration d'accès aux services de santé s'effectue par l'élimination des barrières financière en assurant une protection contre les risques.

En somme, la santé est une composante principale de la fonction de bien être sociale, et une partie intégrante des inputs de la production du capital humain. Ce qui lui légitime l'application des théories et calculs économiques afin d'appréhender les modes de fonctionnement et de régulation dans ce secteur, qui se caractérise notamment par l'existence d'un tiers qui influence les mécanismes d'ajustement entre l'offre et la demande des services de santé.

Souvent, ce travail nécessite une étude empirique pour la mise en pratique de ces théories dans le domaine de la santé afin de percevoir et de comprendre le fonctionnement et la régulation de système de santé. Dans ce cadre, l'étude de l'impact de ces avancées théoriques sur le fonctionnement et la régulation du système de santé marocain demeure nécessaire.

Références

- (1) Adaskou, M., Houmam, I., & Onbouh, H. (2021). Les déterminants de la performance productive des centres hospitaliers publics au Maroc. *Revue Internationale Du Chercheur*, 2(1). Retrieved from <https://www.revuechercheur.com/index.php/home/article/view/131>
- (2) Adelman, I. (1963). An econometric analysis of population growth. *The American Economic Review*, 53(3), 314-339. <https://www.jstor.org/stable/1809160>
- (3) Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM). (2014). *Rapport d'activités de l'agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) au titre de l'année 2014*, Rabat. http://www.anam.ma/upload/document/Rapport_Activitu00E9s_FINAL.pdf
- (4) Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM). (2016). *Rapport d'activités de l'Agence Nationale de l'assurance maladie*, Rabat.
- (5) Arrow, K. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, no. 5, 941-73. <https://www.jstor.org/stable/1812044>
- (6) Asante, A. D., Jacobs, B., & Wiseman, V. (2019). Transforming health systems financing in Lower Mekong: making sure the poor are not left behind. *Health Policy and Planning*, 34, i1–i3. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz098>
- (7) Asante, A., Wasike, W. S., & Ataguba, J. E. (2020). Health Financing in Sub-Saharan Africa: From Analytical Frameworks to Empirical Evaluation. *Applied Health Economics and Health Policy*, 18, 743–746. <https://doi.org/10.1007/s40258-020-00618-0>
- (8) Barnay, T., Hartmann, L. & Ulmann, P. (2007). Réforme du «médecin traitant» et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France. *Revue française des Affaires sociales*, (1), 109-126. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2007-1-page-109.htm>
- (9) Batifoulier P. & al. (2006). La politique de santé et l'émergence d'un consommateur de soins: la construction d'un marché. *Journées des économistes de la santé Français*, pp. 1-18.
- (10) Batifoulier, P. (2018). *De la construction des systèmes de santé à leur réforme*, In : économie de la santé, Arman Colin, P 25-44.
- (11) Béjean, S. (1997). *Les fondements des nouvelles théories en économie de la santé* (Doctoral dissertation, Laboratoire d'analyse et de techniques économiques (LATEC)). <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01526956/>

- (12) Béjean, S. (1999). De nouvelles théories en économie de la santé: fondements, oppositions et complémentarités. *Politiques et management public*, 17(1), 145-175. https://www.persee.fr/doc/AsPDF/pomap_0758-1726_1999_num_17_1_2221.pdf
- (13) Benamouzig, D. (2004). Bruno Palier, Gouverner la Sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945. Presses universitaires de France, coll. « Le lien social », Paris, 2002, 488 p. *Sociologie du travail*, 46(1), 143-145. <http://journals.openedition.org/sdt/28217>
- (14) Ben-Porath, Y. (1967). The production of human capital and the life cycle of earnings. *Journal of political economy*, 75(4, Part 1), 352-365. <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/259291>
- (15) Bras P.L., Gérard de Pourville & Didier Tabuteau (2009). *Traité d'économie et de gestion de la santé* ; Paris : Sciences Po Les Presses -Editions de Santé.
- (16) Bras, P. L., & Tabuteau, D. (2009). "Santé 2010", un rapport de référence pour les politiques de santé. *Les Tribunes de la santé*, (4), 79-93. <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2009-4-page-79.htm>
- (17) Caussat, L., & Raynaud, D. (2004). La régulation de la demande de soins : le rôle de l'assurance maladie dans la formation de la consommation de biens et services de santé. *Revue d'économie financière*, 129-151. <https://www.jstor.org/stable/42904143?seq=1>
- (18) Chambaretaud, S., & Hartmann, L. (2004). Economie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles. *Revue de l'OFCE*, (4), 235-268. <https://www.cairn.info/revue-de-l-ofce-2004-4-page-235.htm>
- (19) Cohen, É., & Henry, C. (1997). *Service public, secteur public* (Vol. 3). La Documentation Française. http://www.elie-cohen.eu/IMG/pdf/Service_Public_Secteur_Public.pdf
- (20) Darbon, S., & Letourmy, A. (1983). La micro-économie des soins médicaux doit-elle nécessairement être d'inspiration néo-classique?. *Sciences sociales et santé*, 1(2), 31-77. https://www.persee.fr/doc/AsPDF/sosan_0294-0337_1983_num_1_2_940.pdf
- (21) Degroot, S., Ridde, V., & De Allegri, M. (2019). Health insurance in sub-Saharan Africa: a scoping review of the methods used to evaluate its impact. *Applied health economics and health policy*, 18, 825–840 (2020). <https://doi.org/10.1007/s40258-019-00499-y>
- (22) El fathi, H., & Benabdelhadi, A. (2020). La responsabilité sociétale des organisations de santé : Un outil de management public réfléchi. *International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics*, 1(2), 384-408. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4027780>
- (23) Evans R.G. (1974) Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications. In: Perlman M. (eds) *The Economics of Health and Medical Care*. International Economic Association Series. Palgrave Macmillan, London.
- (24) Gaynor M., & Gertler P. (1995). Moral Hazard and Risk Spreading in Partnership. *The RAND Journal of Economics* Vol. 26, No. 4, Symposium on the Economics of Organization, pp. 591-613. <https://www.jstor.org/stable/2556008?seq=1>
- (25) Genier, P. (1998). Assurance et recours aux soins. Une analyse microéconométrique à partir de l'enquête Santé 1991-1992 de l'Insee. *Revue économique*, 809-819. <https://www.jstor.org/stable/3502811?seq=1>
- (26) Genier, P. (1998). Assurance et recours aux soins. Une analyse microéconométrique à partir de l'enquête Santé 1991-1992 de l'Insee. *Revue économique*, 809-819. https://www.persee.fr/doc/reco_0035-2764_1998_num_49_3_410012
- (27) Geoffard, P. Y. (2000). Dépenses de santé: l'hypothèse d'aléa moral. *Économie & prévision*, 142(1), 123-135. https://www.persee.fr/doc/AsPDF/ecop_0249-4744_2000_num_142_1_5992.pdf

- (28) Grignon, M. (2010). Le financement du système de santé et le partage obligatoire-volontaire. *Revue française des affaires sociales*, (4), 53-73. https://www.who.int/health_financing/documents/dp_f_05_1-financement_sante_france.pdf?ua=1
- (29) Grigorakis, N., Floros, C., Tsangari, H., & Tsoukatos, E. (2018). Macroeconomic and financing determinants of out of pocket payments in health care: evidence from selected OECD countries. *Journal of Policy Modeling*, 40(6), 1290-1312. <https://doi.org/10.1016/j.jpolmod.2018.02.006>
- (30) Grossman, M. (1972). On The Concept of Health Capital and The Demand for Health. *The Journal of Political Economy*, Vol. 80, No. 2 pp. 223-255. <http://www.jstor.org/stable/1830580>
- (31) Helfter, C. (2009). Anne-Marie Guillemard (dir.). Où va la protection sociale?. *Revue des politiques sociales et familiales*, 98(1), 109-110.
- (32) Kherbach, F., & El Fellousse, L. A. E. A. (2008). *Etude sur le financement des soins de santé au Maroc*. <http://www.albacharia.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/31936/HealthFinancingMorocco.pdf?sequence=1>
- (33) Laura, T. (2001). La demande de soins de santé : Modèle théorique et empirique (papier de recherche), université de Montréal. <http://hdl.handle.net/1866/881>
- (34) Laurent G., & Denis R. (2004). La régulation de la demande de soins et le rôle de l'assurance maladie dans la formation de la consommation des biens et services de santé. *revue d'économie financière*, pp.129-151. <https://doi.org/10.19044/esj.2018.v14n33p156>
- (35) Mannion, R., Small, N., & Thompson, C. (2005). Alternative futures for health economics: Implications for nursing management. *Journal of Nursing Management*, 13(5), 377-386. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2005.00581.x>
- (36) Mossialos, E., Thomson, S., & World Health Organization. (2004). *Voluntary health insurance in the European Union* (No. EUR/04/5046933). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98448/E84885.pdf
- (37) Mushkin, S. (1964). Economic-effects of disease-control-health programming in developing-nations. *International Development Review*, 6(1), 7-12. Smith, K. M., <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2018.100080>
- (38) Nauleau, M., Destremau, B., & Lautier, B. (2013). En chemin vers la couverture sanitaire universelle. *Revue Tiers Monde*, (3), 129-148. <https://www.cairn.info/revue-tiers-monde-2013-3-page-129.htm>
- (39) Newhouse, J. (1996). Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection. *Journal of Economic Literature*, 34(3), 1236-1263. <http://www.e-jel.org/archive/sept1996/Newhouse.pdf>
- (40) Newhouse, J.P., & Phelps C.E., (1979). On Having Your Cake and Eating It Too: An Analysis of Estimated Effects of Insurance on Demand for Health Services. *Journal of Econometrica*, 13(3), 365-90.
- (41) OMS, (2010). *Le Rapport sur la santé dans le monde : Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Extrait de <https://www.who.int/whr/2010/fr/>
- (42) Pauly, M. V. (1986). Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy. *Journal of economic literature*, 24(2), 629-675. [http://public.econ.duke.edu/~hf14/teaching/socialinsurance/readings/Pauly86\(3.12\).pdf](http://public.econ.duke.edu/~hf14/teaching/socialinsurance/readings/Pauly86(3.12).pdf)
- (43) Perronnin, Marc. (2013). *Effet de l'assurance complémentaire santé sur les consommations médicales, entre risque moral et amélioration de l'accès aux soins*.

- Thèse de doctorat. <https://www.irdes.fr/enseignement/theses-et-memoires/these-perronin-marc-effet-de-l-assurance-complementaire-sante-sur-les-consommations-medicales.pdf>
- (44) Rochaix L., Jacobzone S. (1997). L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », In : *Économie & prévision*, n°129-130, nouvelles approches micro-économiques de la santé, 25-36. https://www.persee.fr/doc/ecop_0249-4744_1997_num_129_3_5862
- (45) Rochaix L. (1989). Information asymmetry and search in the market for physicians' services. *Journal of Health Economics*, 8, issue 1, 53-84. [http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0167-6296\(89\)90009-X](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0167-6296(89)90009-X)
- (46) Sirag, A., Mohamed Nor, N., Raja Abdullah, N. (2017). Health Financing: Does Governance Quality Matter?. *Iranian Economic Review*, 21(3), 693-723. doi: 10.22059/ier.2017.62946.
- (47) Thollet, M. (2020). Système de santé français et étrangers : analyse comparative. *Infomed*, 1(1). [hal-02870689](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02870689).
- (48) Tirole J., J.-J. Laffont. (1993). *A Theory of Incentives in Regulation and Procurement*, MIT Press.
- (49) Ulman P., Barnay T. (2007). La maîtrise des dépenses de santé. In. « *Traité de santé publique*, Flammarion sciences médecins. https://www.researchgate.net/publication/260266865_La_maitrise_des_depenses_de_sante/stats#fullTextFileContent
- (50) Valérie Fargeon (2014), *Introduction à l'économie de la santé*, Presses universitaires de Grenoble, 128 pages.
- (51) Wagstaff A., & Doorslaer E.V. (2000). Income inequality and health : what does the literature tell us ?. *revue public health*, 543-567. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10884964/>