



Economie de santé : revue de littérature sur les origines et le cadre normatif d'un nouveau champ d'analyse économique

Wadie MESSOUDI

Département des sciences économiques, Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales d'Agdal Université Mohammed V de Rabat

Résumé: Dans les années soixante, l'économie de la santé a été officialisée en tant que sous-discipline économique, marquée par l'adoption de nouvelles méthodes d'analyse rationnelle pour les décisions publiques. Arrow, considéré comme le père fondateur de cette discipline, a été le premier à appliquer la théorie du choix rationnel pour étudier l'efficacité et l'équilibre du marché des soins de santé. Par la suite, en 1972, Grossman a développé un modèle de demande de santé, inspiré du concept d'investissement dans le capital humain. Cependant, l'application des principes néoclassiques à la santé, a suscité de nombreuses critiques et limites de certaines hypothèses dans l'explication du fonctionnement et la distribution équitable du marché des soins. En réponse, un nouveau cadre théorique a été institué en s'adaptant aux spécificités du secteur. C'est ainsi, que l'analyse économique a adopté une approche centrée sur la pathogenèse de la santé, en soutenant que les soins de santé répondent à un besoin de santé et que leur consommation contribue à améliorer l'état de santé et, par conséquent, le bien-être des individus.

Mots-clés : Economie de santé, marché des soins de santé, capital humain, théorie du choix rationnel.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.15072782>

1 Introduction

En tant que tel, l'économie examine comment les ressources rares sont utilisées pour produire, distribuer et consommer des biens et services sur le marché, c'est à dire de déterminer la manière la plus efficace d'allouer ces ressources. Pour les économistes néoclassiques, le marché est une référence pour analyser l'efficacité et la répartition équitable des ressources, il est défini comme l'ensemble des interactions entre offreurs et demandeurs permettant de fixer les prix des biens et services échangés. Toutefois, dans le domaine de la santé, celle-ci n'est pas un bien échangeable ; ce sont les soins de santé qui peuvent être échangés. L'économie de la santé se définit alors comme l'étude des soins de santé, appliquant les principes de l'analyse économique pour répondre aux besoins des individus en matière de soins.

Dans cet article, nous examinons le contexte historique qui a conduit à l'émergence de cette nouvelle discipline et le rôle joué par la sphère intellectuelle et institutionnelle dans l'adaptation des principes de l'analyse néoclassique à ce nouveau champ économique. En réalité, l'économie de la santé a pris racine et s'est développée en tant que sous-discipline de l'économie, dans un contexte marqué par des préoccupations majeures sur les soins de santé. À la fin des années 1940 et au début des années 1950, le secteur de la santé a connu une véritable révolution grâce aux progrès des connaissances, des moyens de diagnostic et de traitement des maladies, ainsi qu'à l'apparition d'un plus grand nombre de médicaments. Cela a engendré une demande croissante à laquelle les institutions hospitalières et les établissements de soins devaient répondre. Les pouvoirs publics se sont alors engagés à réfléchir à l'organisation et à la fourniture des soins de santé, en faisant appel à l'analyse économique



pour éclairer ce domaine complexe. Depuis cette perspective, plusieurs études ont été publiées afin de fournir une base factuelle aux débats sur les soins de santé, notamment en ce qui concerne la planification hospitalière et l'offre de soins.

2 Une discipline enracinée dans le contexte anglo-saxon

2.1 Préoccupations publiques sur les soins de santé

La littérature sur l'économie de la santé durant la première moitié du XXe siècle est rare. La plupart des travaux se limitaient à décrire les problèmes des institutions hospitalières et des établissements de santé aux États-Unis, pour alimenter les débats sur les soins de santé. Parmi les contributions majeures de cette période, on trouve celles de Rorem (1930) sur l'investissement public dans les hôpitaux et de Davis et Rorem (1932), la crise de financement des hôpitaux et l'économie hospitalière. Plus tard, en 1949, Ginzberg publia un rapport sur l'hôpital de New York, en suggérant un modèle pour l'offre des soins hospitaliers (Sultz et al 1999 ; Melhado, 2006). Cependant, la réflexion sur la planification des soins médicaux peut être liée au rapport britannique de Dawson en 1920, dont ses échos aux États-Unis se sont traduits par la formulation de recommandations auprès du Comité des Coûts des Soins Médicaux (CCMC), qui concerne principalement les questions de planification régionale de la santé et de l'organisation économique de l'industrie médicale (Sultz et al 1999).

Au cours de l'entre guerres mondiales, période caractérisée par une urbanisation accrue, des efforts de planification furent déployés en réaction aux préoccupations sur les coûts et la pression de la demande des soins envers les hôpitaux urbains. Ces efforts visaient principalement à promouvoir les services de santé dans le milieu rural, tel que le programme fédéral Hill-Burton (1927-1954), qui soutenait la construction d'hôpitaux ruraux (Thomas Ward 2003).

Parmi d'autres contributions, Milton Friedman (1954) étudia les inégalités de revenus de cinq professions indépendantes, y compris les dentistes et les médecins, sur la période de 1929 à 1936. Son étude présentait une description détaillée de la structure des revenus de ces professions, pour identifier les facteurs déterminants les revenus perçus par ces professionnels et à en tirer des conclusions pour la politique publique. L'analyse incluait des données statistiques sur les professionnels de santé et d'autres professions indépendantes (Friedman et Kuznets 1954). Nombreux auteurs soutiennent que, depuis cette approche, l'économie de la santé pourrait être vue comme une branche appliquée de l'économie en s'intéressant à l'allocation des ressources en soins de santé. Par ailleurs, autres économistes, comme Anderson et Feldman (1956), Faulkner (1960), Dickerson (1963) et Lees et Cooper (1963), ont également abordé les questions liées à la profession médicale et à l'assurance maladie (Melhado, 2006).

Mais c'est à la fin des années 1950 et au début des années 1960 que l'économie a commencé à s'intéresser aux questions de santé. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, un débat politique intense aux États-Unis opposait la fondation populiste de Truman, qui plaidait pour un renforcement de la sécurité sociale et l'égalité d'accès aux soins, à l'Association Médicale Américaine (AMA), un acteur influent dans le domaine de la santé. En 1960, malgré les tentatives de l'AMA pour retarder l'instauration d'une assurance maladie, le Medicare pour les personnes âgées fut créé et promulgué par le président Johnson en 1965 dans le cadre des programmes de la "Great Society". Ce climat politique mouvementé aux États-Unis a favorisé la définition et le développement de l'économie de la santé (Sultz et al, 1999 ; Mayes, 2004).

En 1961, au Royaume-Uni, l'Institut des affaires économiques à Londres publia le Hobart paper de Dennis Lees, intitulé "Santé à travers le choix". Dans ce document, il affirmait que les soins médicaux n'étaient pas fondamentalement différents des autres biens fournis sur le marché. Néanmoins, le développement de l'économie de la santé au Royaume-Uni ne se produisit que dans les années 1970 avec la création d'un groupe d'étude des économistes de la santé (Fuchs, 1989). Par contre, beaucoup considèrent que le véritable lancement de la discipline est dû à l'article célèbre de Kenneth Arrow en 1963, intitulé "Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care".

2.2 L'introduction de l'analyse rationnelle dans le domaine de la santé

La revue historique sur l'émergence de l'économie de la santé aux États-Unis, met en évidence le rôle crucial qu'ont joué certaines institutions dans un contexte où la pensée néolibérale était prédominante. Le monde intellectuel, l'État Américain et d'autres institutions publiques, intégraient l'approche économique dans l'analyse des questions politiques et de choix public, y compris celles relatives à la santé (Medema, 2000).

Après la Seconde Guerre mondiale, la société RAND a été fondée en 1948 à partir d'une scission de Douglas Aircraft, initialement axée sur la sécurité nationale. Elle a étendu ses compétences à des domaines tels que l'éducation, la défense et la santé. Les théoriciens de la RAND ont développé l'approche des interactions humaines et du choix, qui a fourni un cadre pour étudier la prise de décision individuelle et collective par le biais de formalisation mathématique (Lawrence 2013). Ces théoriciens ont également été actifs dans le milieu académique et ont contribué aux débats de la "Public Choice Society" (Lawrence 2013 ; Amadae, 2003).

Pendant la guerre froide, le développement de la théorie des jeux et de la théorie du choix rationnel a permis d'élaborer des concepts et méthodes pour l'analyse des choix publics, comme l'analyse coût-efficacité, qui sont devenues des pratiques institutionnelles dans la prise de décision sociale, notamment en santé. L'instauration de Medicare et Medicaid en 1960 en est un exemple, illustrant l'application de l'analyse rationnelle à la santé (Gold et al 1996).

La théorie du choix rationnel a également fourni un cadre théorique pour les débats sur l'équité et la distribution. La publication de l'article d'Arrow, "L'incertitude et l'économie du bien-être des soins médicaux" (1963), est survenue à un moment où institutions et décideurs, comme l'État américain et la fondation Ford, discutaient du financement des soins. En 1970, l'État a financé l'expérience Assurance maladie de la RAND, la plus grande étude en politique de santé aux États-Unis et qui a coûté des millions de dollars, a fortement influencé la littérature en économie de la santé, notamment sur la restructuration de l'assurance maladie et la gestion des soins (Mayes, 2004).

3 L'économie de santé entre deux voies de recherche

3.1 L'approche du marché des soins de santé d'Arrow

Aux États-Unis et depuis les années 60, le recours à l'analyse rationnelle des questions relevant du choix public notamment dans le domaine de la santé a été impulsé par une demande d'idées de la part des institutions agissant dans le domaine de politique publique. L'influence de ces institutions (État, RAND corporation, Truman Fondation), dans l'émergence de l'économie de la santé et le développement de ce nouveau champ de recherche s'est traduit par le lancement de l'expérience de l'assurance maladie par la RAND Health en 1971 (Mayes, 2004 ; Newhouse, 2004). Une étude financée par un énorme budget d'un ordre de multi-millions de Dollars et qui avait pour objectif d'évaluer la demande supplémentaire en soins médicaux s'ils sont fournis gratuitement et d'estimer les conséquences sur la santé de la population. A travers son expérience d'assurance maladie, la RAND Health s'intéressait de manière évidente au marché des soins médicaux, elle a fournis une large base de données aux économistes qui se sont lancés dans des études et des recherches sur les soins de santé et l'assurance maladie (Newhouse, 2004). Plus tard vers les années 80, le Département de Santé et des Services Humains (HHS) a créé l'agence gouvernementale "Agency for Healthcare Research and Quality's" (AHRQ) dont la mission principale est de soutenir la recherche pour améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins de santé, elle dispose d'un budget destiné à financer les académiciens, les universités et les institutions menant des études dans le domaine.

La théorie du choix rationnelle a été initialement introduite dans l'économie de la santé par Arrow (1963) dans son essai d'analyse du fonctionnement du marché des soins médicaux par référence au modèle du marché concurrentiel du cadre de l'économie normative. La publication de son document survient donc dans un contexte où les institutions agissant dans le domaine demandaient des idées et des études pour alimenter le débat agité qui nécessitait une base factuelle (Mayes 2004). Avant son incursion dans l'économie de santé, Arrow a étudié les questions liées à l'incertitude, à l'équilibre de compensation et l'équilibre compétitif du marché (Arrow (1956), (1958), (1959)). En 1963 il a développé au sein de la commission Cowles "L'incertitude et l'économie du bien-être des soins médicaux" en profitant de ses connaissances sur le marché de l'assurance acquises en tant qu'actuaire. Ses avancés sur la formation du choix social à partir des préférences individuelles et ses études sur l'équilibre du marché sous incertitude ont constitué les éléments référentiels et indispensable pour son analyse approfondie du marché des soins médicaux (Amadae, 2003).

L'objectif de son papier était d'explorer et d'étudier les soins de santé dans le cadre de l'économie normative, c'est une tentative de comparaison des spécificités et des caractéristiques de cette industrie avec les normes de l'économie du bien-être qui, en tant qu'objet d'analyse, n'échappe guère de certains problèmes traditionnels à la réflexion économique tels que l'incertitude, qui prend ampleur dans ce domaine à cause de l'imprévisibilité de

l'incidence de la maladie et de l'efficacité du traitement. Il a essayé de tirer des conclusions sur comment l'industrie médicale pourrait répondre aux attentes sociales dans la mesure où son fonctionnement s'avère d'être loin du modèle concurrentiel (Arrow, 1963).

Arrow a commencé son étude par l'évaluation de la différence qui sépare le marché des soins de santé par rapport au marché compétitif idéal de l'économie normative, il s'est servi de sa théorie du choix social développé en 1951, pour expliquer comment le bien-être social pourrait être optimal même s'il s'éloigne de l'équilibre de Pareto. En d'autres termes, Arrow (1963) précise que même si on est dans un équilibre au sens de Pareto, l'allocation pourrait être changée si le nombre de bénéficiaires augmentent et que le désavantage subi par les autres peut être compensé par les avantages induits par cette nouvelle allocation. C'est ainsi qu'Arrow évoque l'intervention de l'Etat, sollicitée dans deux cas, lorsque le marché s'écarte de l'optimum de Pareto, ou lorsqu'il est réalisé mais la répartition est jugée socialement inéquitable. Il ajoute que si le mécanisme d'allocation du marché fonctionne, les politiques sociales devraient se contenter que de la redistribution à travers les politiques publiques (Arrow, 1963).

Dans son analyse du marché des soins de santé, Arrow (1963) a abordé certaines questions inhérentes à ce marché potentiellement efficient, ces questions portent principalement sur le caractère non marchand de ces produits qui est, selon lui, une conséquence des externalités induites par les imperfections de ce marché. Il a pris en considération l'incertitude très marquante et présente dans les relations d'agence (médecin-patient, assurance-patient, assurance-médecin) dominées par une asymétrie d'information qui aiguillonne le risque moral. Ce dernier biaise l'appréciation de la qualité des soins produits et la fixation des prix (politique du prix), ainsi il intensifie l'imprévisibilité de la demande (Arrow, 1963).

Selon Arrow l'incertitude omniprésente dans ce marché pose problème aussi lors de la caractérisation du comportement individuel (maximisation de la fonction objective du patient ou du médecin) il conclut, l'impossibilité d'atteindre l'équilibre compétitif dans ce marché même si avec une incertitude contrôlée à cause des irrationalités qu'il les classe politique, sociale ou encore éthique et émotionnelle. En effet Arrow a démontré que la défaillance du marché des soins est due à l'incertitude, et pour en remédier, il propose le régime d'assurance pour lutter contre les dépenses imprévisibles et pour assurer le bien-être social, cette assurance peut être fournie soit par l'Etat ou via le marché (Arrow, 1963).

Les premières réactions aux apports d'Arrow (1963) ont été notées dans le commentaire de Pauly (1968) qui s'est interrogé sur comment Arrow s'est servi de la théorie du choix rationnel pour montrer la non optimalité du marché des soins de santé. Rédigé sous la supervision Buchanan théoricien du choix public, Pauly a essayé de rétablir l'optimalité du marché en avançant que dans le cas d'une assurance sociale et même si les assurés ont une aversion pour le risque, le risque moral surgit comme une source de non efficacité et de défaillance du marché des soins. Selon lui, la proposition de l'assurance encourage le risque moral dans la mesure où le coût supporté par les patients devient minimal, en induisant par-là, un usage dispensable des soins. Il ajoute que la couverture médicale doit se limiter aux soins et services médicaux dont la demande est parfaitement inélastique par rapport aux prix, et que certains soins médicaux de nature non aléatoire tels que les soins préventifs sont soumis à un risque moral ne devraient pas donc être couverts (Pauly, 1968).

3.2 L'approche du Capital Humain de Grossman

Les premières contributions dans la Théorie du Capital Humain (TCH) reviennent principalement à Schultz (Schultz, 1961), il a abordé l'importance du concept du capital humain dans la résolution de certaines questions économiques comme le problème du "résiduel" de la croissance non expliqué et le rôle des investissements dans l'éducation, la formation professionnelle et la santé, en tant que dimensions du capital humain dans la valorisation de ce dernier (Schultz, 1962). Cependant, le concept du capital humain trouve ses origines dans littérature économique avec Adam Smith (1776) dans sa quatrième définition du capital, il avance que l'apprentissage et l'acquisition des compétences durant l'éducation et la formation constituent un coût réel, mais ces compétences et habilités forment le capital de la personne et de la société, c'est ainsi qu'il a noté que : «The acquisition of ... talents during ... education, study, or apprenticeship, costs a real expense, which is capital in [a] person. Those talents [are] part of his fortune [and] likewise that of society » (Goldin, 2014).

Développé vers la fin des années 50, la Théorie du Capital Humain (TCH) survient dans un contexte où la réflexion économique commence à s'éloigner de l'ancien paradigme qui prédisait que la croissance économique

est expliquée par les ressources physiques et qu'en fonction du volume de l'actif physique que la production des firmes se détermine, pour s'orienter vers un nouveau paradigme, celui de l'économie de connaissance ou l'économie du savoir "knowledge economy". Becker (Becker, G. S 1962 et 2007) a souligné que les ressources physiques n'expliquent qu'une part relativement petite du produit de la plupart des pays, dans cette perspective, la production d'une firme ne découle pas seulement du stock du capital, de son actif physique ou de sa force de travail, mais aussi du capital intellectuel constitué des compétences intangible inhérent aux situations, aux processus et aux systèmes de l'organisation que développent les travailleurs. Becker a commencé l'étude dans le but d'estimer le revenu "return" de l'éducation (les études collégiales et secondaires) aux États-Unis, et il a constaté que l'investissement en éducation appartenait à d'autres formes d'investissement dans les personnes (formation professionnelle, nutrition, santé), ces investissements avaient des attributs communs (retour), et il conclut que la théorie traditionnelle qui adopte l'approche des investissements tangibles (dans les structures et les équipements) devait être revue (Becker, 1994 et Schultz, 1961).

Inspiré du modèle d'investissement dans le capital humain au cours de la vie développé par Gary S Becker pour l'éducation, Grossman a suivi le même raisonnement qui repose sur l'idée que des investissements dans le capital humain à des niveaux différents et élevés au début de la vie génèrent des gains et des profits qui se différencient entre individus à des âges avancés. Le modèle Grossmanien de la demande de santé a été inscrit comme l'application de l'approche du capital humain dans l'économie de santé, par son papier "On the concept of health capital and the demand for health", Grossman est le premier qui a abordé le sujet de la santé depuis l'approche Capital Humain (Grossman, M 1972). Il s'est servi du même cadre d'analyse que Becker a utilisé pour développer des modèles permettant de déterminer le volume optimal de l'investissement dans le capital humain à un âge donné, ces modèles ont fait apparaître que la quantité optimale de l'investissement varie au cours du cycle de vie d'un individu et entre les individus ayant le même âge.

Pour les auteurs de la TCH, la théorie de l'investissement en capital humain a principalement un lien avec la fonction de production des ménages de la théorie du comportement du consommateur, ils considèrent la fonction de la production des ménages comme parfaitement similaire à celle de production des firmes. Supposés comme des investisseurs dans leur capital humain, les consommateurs peuvent investir par des inputs (apports en leur temps propre, l'achat de livres, enseignement, les soins médicaux) qui entrent dans la fonction de production en générant pour certaines entrées (inputs) de l'utilité et pour d'autres des produits (résultats-outputs) qui déterminent les revenus ou la richesse des ménages au cours de leurs cycles de vie (Becker, 1994 et Mushkin, 1962). Pour Grossman, la santé fournit les deux à la fois, elle fait objet de demande pour deux raisons, la première en tant qu'un bien de consommation entrant dans la fonction préférentielle du consommateur et que les jours en maladies est source de désutilité, la deuxième raison c'est que la santé est demandée en tant qu'un bien d'investissement, elle détermine le temps disponible pour les activités marchandes et non marchandes, une augmentation dans le stock de santé réduit le temps en inactivité (temps perdu d'activités) au cours d'un cycle de vie et la valeur monétaire (gain) de cette réduction est considéré comme un revenu "return" d'investissement dans la santé (Grossman, 2000). Généralement, les consommateurs ou les ménages investissent en leur santé par l'achat des biens et services du marché et ou par leur temps propre, en conséquence, ils produisent le bien ou la marchandise santé (capital santé). Le concept de la fonction de production repose sur l'idée qu'un produit (production-output) est déterminé par un ou plusieurs entrées spécifiques à cette production et que la demande de biens et services est dérivé d'une demande d'un facteur de production. De manière analogique, la demande des soins médicaux provienne essentiellement d'une demande de la santé (Grossman, 1972 et 2000).

Le modèle de Grossman a intégré la santé à travers la durée de vie (longévité) et les jours sans maladie pour une période de temps, elle est demandée et produite par les ménages, chaque personne est née avec un stock initial qui se déprécie avec le temps, à partir d'un certain âge le taux de cette dépréciation augmente et qui peut être redressé par l'investissement (demande de santé). C'est ainsi, qu'il a noté que : « Since health capital is one component of human capital, a person inherits an initial stock of health that depreciates with age - at an increasing rate at least after some stage in the life cycle - and can be increased by investment. Death occurs when the stock falls below a certain level, and one of the novel features of the model is that individuals "choose" their length of life ».

En fait, la demande de santé dans le modèle développé par Grossman (1972) s'articule sur deux concepts relevant de la théorie micro-économique, le 1er celui de la fonction de production des ménages développée dans le cadre de la TCH et qui est considérée parfaitement analogue à la fonction de productions des firmes, le 2ème

concept est relatif à la maximisation de la fonction d'utilité du consommateur, nous citons en dessous et brièvement la construction du modèle de Grossman :

La fonction d'utilité inter-temporelle pour un consommateur est donnée par :

$$U = U(\sum_{t=0}^n H_t, Z_t), \quad t = 0, 1, \dots, n,$$

H_t représente le stock de santé à un âge donné t , $\sum_{t=0}^n H_t$ est représenté comme le flux de services par unité de santé, $\sum_{t=0}^n H_t$ est le total du service de santé fournis et Z_t correspond à la consommation d'autres biens. Chaque personne dispose initialement d'un stock de santé H_0 et n est le nombre de période au cours d'un cycle de vie. La mort survient lorsque le stock de santé se trouve en dessous d'un niveau minimum $H_t < H_{min}$. Le stock initial est donné, par contre le stock à un moment donné (H_t) et la durée de vie (n) sont endogènes, le cycle de vie ou sa longueur est déterminé par la quantité du capital-santé qui maximise l'utilité dont sa production est contrainte par les ressources. Grossman a défini l'investissement net dans la santé (stock) comme étant égal à l'investissement brut (I_t) réduit de la valeur de dépréciation (δH_t):

$$H_{t+1} - H_t = I_t - \delta H_t$$

Le taux de dépréciation δ pendant la période t est supposé exogène mais il dépend de l'âge et il est compris entre 0 et 1 ($0 < \delta < 1$).

En effet, dans la représentation du modèle de santé de Grossman les consommateurs sont supposés producteurs de la santé (par l'investissement brut I_t) et d'autres biens "commodity" (Z_t) qui entrent dans la fonction d'utilité suivant les fonctions de productions des ménages :

$$I_t = I_t(M_t, T_H; E)$$

$$Z_t = Z_t(X_t, T_t; E)$$

L'ensemble des biens achetés du marché et qui constituent des intrants pour l'investissement brut dans la santé est représenté par M_t et pour les autres produits sont représentés dans l'équation Z_t par X_t . T_t et T_H sont les paramètres d'entrées du temps dans ces fonctions d'utilité, E est le stock de capital de connaissance ou d'autres formes de capital autre que la santé considéré exogène ou prédéterminé. Selon Grossman cette formulation a lui permis d'examiner le comportement du consommateur après l'acquisition d'un stock optimal de la santé.

Cependant, la publication de ce travail a constitué un exemple paradigmatique aux économistes qui ont proposé des modèles pour les dépenses des soins de santé durant la vie des individus et de décrire le comportement du capital-santé durant le cycle de vie. A ce titre on peut citer le papier de (Muurinen, 1982) dans lequel il suggère une généralisation du modèle de la demande de santé de Grossman. Plusieurs travaux théoriques et empiriques se sont développés en utilisant l'approche Grossmanienne, les principaux développements théoriques qui ont été considérés par Grossman dans sa révision du modèle de demande de santé sont Cropper (1977), Dardanoni and Wagstaff (1987, 1990), Selden (1993), Chang (1996), and Liljas (1998). Des auteurs tels que Wagstaff (1986), Erbsland et al. (1995) et Stratmann (1999) se sont servis des données transversales comme une extension empirique de l'approche de la demande de santé, alors que d'autres se sont appuyés dans leurs développements empiriques sur des données longitudinales tels que Doorslaer (1987) and Wagstaff (1993) (Grossman, 2000).

4 Cadre Normatif de l'économie de santé

4.1 Les critiques de l'approche du bien-être dans le secteur de la santé

Pour certains auteurs, d'importantes hypothèses relevant de la théorie du bien-être n'ont pas pu se tenir dans le secteur de la santé. L'hypothèse relative à la souveraineté individuelle se trouve violée dans le secteur de santé et en conséquence, la portée de certains aspects associés à cette hypothèse, tel que la disposition à payer, ne peut être soutenue dans l'analyse normative (John Cawley et al, 2011)

Le questionnement sur "la disposition à payer" comme d'autres hypothèses, a concerné non seulement leur réalisme ou leur pertinence, mais elles ont été reprises depuis une autre perspective, celle éthique. Les préoccupations éthiques autour de certaines hypothèses relevant du cadre normatif de l'économie du bien-être ont trouvé leurs causes dans les questions des soins de santé. Pour William (1981), la disposition à payer ne peut être appréhendée comme mesure technique de la valeur des soins de santé dans la mesure où il s'avère que, dans beaucoup de cas, les soins de santé sont indispensables à la survie et la continuité de la personne, en conséquence leurs apports ou bénéfices (valeurs) ne doivent pas être attribués aux ressources des individus (revenus). C'est

ainsi qu'un nouveau impératif d'ordre éthique se présente à "l'économie de santé" pour développer une mesure de la valeur des soins de santé qui ne dépend pas directement du niveau de richesse de l'individu (Culyer A.J. 1989) et Hurley J. 2000).

Par ailleurs, pour certains économistes extra-welfaristes, recommandent des arguments autres que l'utilité (bien-être) dans l'expression du résultat (outcome) de la fonction du bien-être sociale, il est plus pertinent d'inclure la santé et non pas seulement l'utilité dans l'analyse économique des questions de la santé. Les propositions extra-welfaristes ont été avancées antérieurement par Sen (1985) et d'autres économistes qui ont évoqué la révision des arguments traditionnels dans l'évaluation du bien-être social, ce qui a mené à s'interroger sur la nature de la nouvelle fonction du bien-être social à considérer lors de l'analyse normative du bien-être social face à ces nouvelles argumentations.

Pour Sen (1985), le jugement d'une situation ou une allocation ne devrait pas porté seulement sur le critère utilité ou le bien-être individuel, mais aussi à côté de ce critère, il faut considérer d'autres arguments dans l'évaluation de l'allocation sociale. En effet, le bien-être individuel (utilité) ne concerne que les biens et services consommés, or d'autres aspects devront être considérés tels que les caractéristiques individuelles qui ne sont pas liées aux biens et services, ces caractéristiques peuvent porter par exemple sur des aspects psychologique (l'humeur), biologique (la santé physique), ou encore de relations sociales (l'honnêteté). Cette approche n'exclut pas du jugement de la situation sociale la notion du bien-être individuel, mais il le complète (Culyer 1989). Dans le même sens, lorsqu'il s'agit des soins de santé, la question a porté non seulement sur la nature de la nouvelle fonction social, mais aussi sur la place de la santé dans cette fonction, Feldstein (1963) a souligné que l'allocation des soins de santé devrait avoir comme but principale la maximisation du niveau de la santé de la population et non pas la satisfaction (utilité) que les individus tirent suite à leur consommation des soins de santé (Culyer 1989).

4.2 Le nouveau cadre théorique de l'économie de la santé

Pour Sen (1985), le jugement d'une situation ou une allocation ne devrait pas porté seulement sur le critère utilité. Les critiques adressées à l'ancien cadre d'analyse économique ont eu un impact important sur la réflexion économique qui s'est orientée vers le développement d'un nouveau cadre normatif pour l'analyse du secteur de la santé, un cadre qui devrait prendre en compte les nouvelles propositions extra-welfariste, notamment celle relative à la considération des caractéristiques des personnes qui sont en dehors du concept de l'utilité (individual non-utility characteristics) dans l'analyse du bien-être social. Culyer précise que si les caractéristiques des personnes permettent de relever les différences entre les individus et de décrire leurs besoins et leurs préférences, alors les caractéristiques du bien ou du produit sont de la même importance dans la mesure où ils sont indispensables pour combler aux besoins des personnes (Culyer 1989).

En effet depuis la perspective extra-welfariste, l'évaluation de l'allocation doit donc considérer les caractéristiques de la santé, cette dernière détermine le besoin en soins de santé qui de leur part maintiennent la santé de l'individu. L'établissement de ce nouveau cadre normatif s'est articulé sur deux concepts, le Besoin et la Santé au lieu de ceux traditionnels formant le cadre normatif de l'économie du bien-être, à savoir la Demande et l'Utilité. Ainsi, le questionnement sur la fonction du bien-être social basée sur les fonctions de bien-être individuelle (approche individualiste) ont favorisé le développement, pour les analyses coût-avantages, de l'approche décisionnaire "the decision-maker approach" (Mooney 1998), selon cette approche c'est au décideur public qui ordonne l'analyse de définir la fonction objective et les critères pertinents à l'évaluation, en conséquence le but de l'analyse économique se limitera à la manière la plus efficiente pour atteindre les objectifs assignés par le décideur. Cependant, l'approche décisionnaire peut faire appel à l'un des deux approches (welfariste ou extra-welfariste) pour la définition de la fonction objective, tout dépend de ce que le décideur estime pertinent pour la fonction objective. Dans le secteur de la santé, cette nouvelle approche s'appuie essentiellement sur l'extra-welfarisme et assume que l'objectif principal de tout système de santé est la Santé.

Mooney (1998) dans son travail a essayé d'explorer la relation entre les préférences individuelles et celles de la communauté, la nature des préférences individuelles à prendre en considération et la manière avec laquelle ses préférences seront agrégées. Mooney rejette l'idée que le cadre normatif de l'économie de santé soit fondé à partir d'une approche individualiste selon laquelle la fonction sociale est une agrégation des préférences individuelles, quel que soit l'approche poursuivie dans leurs élaboration (l'approche welfariste ou encore celle d'extra-welfariste) (Mooney 1998).

4.3 La santé : objet de l'analyse économique

L'examen économique des caractéristiques du nouveau objet a fait apparaître certains aspects qui sont classiques à la pensée économique et qui peuvent être présentés en quatre éléments, le premier porte sur la nature de la demande des soins de santé, qui selon Hurley c'est une demande dérivée de la santé (besoin en santé), la seconde se manifeste à travers les externalités, puis le problème de l'asymétrie d'information entre les fournisseurs et les demandeurs qui prend ampleur dans le secteur de santé. La dernière caractéristique retenue dans l'analyse des soins de santé est celle relative au problème de l'incertitude. Ces éléments sont présents dans les autres biens et services, mais qui caractérise les soins de santé en tant qu'un bien économique, c'est que ces éléments se manifestent tous, ce qui rend en conséquence, l'analyse plus délicate pour la réflexion économique. A ce sujet, s'ajoute le problème de l'hétérogénéité des soins, ils incluent une diversité importante de biens et services qui varient selon à ce qu'ils pourraient avoir pour objectif, c'est-à-dire, l'amélioration de la santé ou la prévention de sa détérioration. C'est ainsi que lors d'un exercice économique, l'analyse doit être menée pour chaque catégorie de soins de santé ayant les mêmes caractéristiques et qui font le même objet de demande ou de consommation (objectif amélioration ou prévention de la santé) (Culyer A.J. 1989 ; Hurley J. 2000 ; Thomas et al 2011).

Hurley affirme que même si il y a un consensus entre les économistes de santé sur la nature différente des soins de santé, ils s'opposent sur son importance et son implication dans les analyses du marché des soins et dans la conception des politiques de santé. Entre ces économistes, il y a ceux qui accentuent cette différence et qui revendiquent sa prise en compte dans les analyses économiques et que l'évaluation de l'efficacité des allocations doit être procédée différemment, et ceux qui considèrent que les soins de santé ne sont pas assez différents des autres biens et services en soutenant l'idée que l'approche néoclassique peut constituer une référence standard pour l'analyse du marché des soins de santé.

4.3.1 La nature de la demande :

La plupart des biens et services sont consommés pour leur directe utilité, alors que les soins de santé sont consommés pour le maintien ou l'amélioration de la santé, ou en d'autres termes, pour produire la santé, ils constituent un des déterminants de la santé parmi plusieurs d'autres. En fait l'usage des soins de santé est considéré comme une mauvaise chose par les individus en leur générant le plus souvent des douleurs au moment de leur utilisation ou à court terme, les individus sont bien heureux lorsqu'ils ne sont pas obligés à les consommer et en conséquence leur utilisation affecte négativement l'utilité (Culyer, 1989 ; Thomas G. et McGuire 2011). Cependant, pour les personnes malades, les soins de santé constituent un bien en leur offrant des avantages (effet positif sur la santé) assez suffisants pour combler aux désavantages générés. Les soins de santé, en tant que déterminant de la santé et dans la plupart des cas, ne sont demandés qu'en présence d'infirmité ou de maladie (détérioration de la santé) et en conséquence, la demande de soins de santé provient essentiellement d'une demande de la santé en elle-même, ceci correspond à ce qui était avancé dans le modèle de demande de santé de Grossman (1972) (Muurinen, J 1982 ; Thomas G. et al, 2011).

Dans ce sens, Evan (1984) a proposé une fonction de demande exprimée en termes de l'utilité individuelle, cette dernière dépend essentiellement des biens et des services (X), l'état de santé (HS : health status), les soins de santé (HC) qui détermine l'état de santé et d'autres déterminants (Z). La demande individuelle de soins de santé est donc :

$$U = U(X, HC, HS (HC, Z)).$$

A partir de cette fonction, la consommation des soins de santé aura sans doute un effet direct sur le bien-être ($\delta U / \delta HC$), et comme l'état de santé est tributaire à la quantité de soins consommés, l'effet des soins de santé sur le bien-être (Utilité) est donné par l'effet de leur consommation sur l'état de santé et en conséquence cette dernière affecte le bien-être de l'individu : $(\delta U / \delta HS) * (\delta HS / \delta HC)$. Cependant, l'effet des soins de santé sur le bien-être dépend de deux éléments : le premier est l'effet marginal d'une amélioration de l'état de santé sur l'utilité, qui est de caractère subjectif et n'est estimable que par l'individu. Le deuxième élément est l'efficacité (ou productivité) marginale des soins de santé dans la production de la santé et dont la liaison (santé et soins) est considérée technique, qui pourrait être établie scientifiquement et identifiée par un tiers. C'est ainsi que lors d'une évaluation de la décision de consommation des soins de santé, les économistes de la santé peuvent recourir aux notions de rentabilité, d'efficacité technique ou encore d'efficacité de type coût-efficacité, dans la mesure où la relation entre les soins de santé et la santé est une relation de production (Thomas G. et McGuire 2011).

Le concept de l'efficacité peut être appliqué dans trois phases. La première phase est au moment de la production des soins de santé, il s'agit ici de l'efficacité du côté de l'offre présentée par l'efficacité technique et par la notion coût-efficacité. La deuxième est au niveau de leur utilisation ou leur consommation, ici les concepts de l'efficacité concernés sont ceux abordés dans les deux côtés, de l'offre et de la demande. L'efficacité technique et le coût-efficacité peuvent concerner la consommation des soins de santé, du fait qu'ils constituent des inputs comme d'autres (inputs) dans la production de la santé. L'efficacité allocative s'intéressera à la demande puisque la consommation des soins de santé a un effet direct sur le bien-être (Culyer, 1989). Pour les économistes de la santé, la nature de la demande des soins de santé est dérivée fondamentalement d'une demande de la santé ou d'un besoin en santé qui, induit un désir pour la consommation des soins. La relation de production entre santé et soins de santé justifie le recours vers la notion de l'efficacité de l'offre dans l'évaluation de la productivité des soins de santé. La productivité ou l'efficacité technique des soins peut être établie par les recherches scientifiques ou bien cliniques. Tout cela, ne peut que soutenir l'utilisation du concept du Besoin dans les analyses économiques du secteur de la santé. Un besoin pour les soins de santé ne peut avoir lieu que si ces soins sont efficaces dans l'amélioration de la santé (Muurinen, J 1982 et Hurley J. 2000).

4.3.2 Externalités

L'analyse économique des externalités du secteur de la santé a évolué selon trois étapes. Au début, les économistes supposaient que les externalités provenant des soins médicaux ou des soins hospitaliers (aspect physique ou médical) sont faibles voir absentes. L'analyse des externalités associées aux politiques de santé ont concerné seulement les effets sur la santé physique, tels que les effets des programmes prévenant les maladies transmissibles, qui peuvent être transmises d'une façon directe (la variole) ou encore les maladies transmises indirectement, à travers l'environnement physique, comme la tuberculose. Ainsi l'analyse des externalités a concerné les effets externes d'une mesure entreprise par une personne qui peut produire des bénéfices en santé pour d'autres, comme par exemple la vaccination contre une maladie dont les effets externes, peuvent s'étendre à d'autres individus dans la mesure où l'incidence de la maladie prévenue se réduit. Les principaux travaux ayant marqué cette phase sont de Weisbrod (1961), Lees (1960, 1962, 1967).

Par la suite, ces externalités ont été considérées comme pertinentes pour les politiques de santé, elles ont été mesurées par le niveau de consommation des soins de santé par les autres et elles ont été considérées comme affectant la fonction d'utilité (bien-être) des individus ayant bénéficiés indirectement de cette action (consommation par d'autres). Pour les consommateurs directs des soins, les soins de santé entrent dans leur fonctions d'utilité en tant qu'un argument direct et non pas à travers la notion de la demande. Dans ce sens et comme le cadre d'analyse standard cherche toujours à corriger les externalités de consommation générées par tels politiques, l'action devrait donc encourager la consommation des soins de santé soit par des subventions de prix ou par d'autres formes (Hurley J. 2000 ; Thomas G et al 2011).

La troisième étape de l'analyse des externalités du secteur de la santé s'est préoccupée des effets externes sur la santé des autres, c'est-à-dire de l'état de santé des individus ayant bénéficiés indirectement de la consommation des soins, la consommation des soins par ces derniers n'est plus un sujet d'externalité. Étant donné que les services de soins de santé est le plus important des déterminants de l'état de santé (santé physique), notamment en cas de maladie ou d'infirmité, la politique de santé doit donc assurer un accès aux services de soins au regard de ces effets externes sur l'état de santé des autres (Pauly 1963). Les consommateurs ou les utilisateurs des services de santé reçoivent des soins nécessaires à leur besoins, les effets externes sur l'état de santé des autres constituent une des formes de soins de santé, liées aux interdépendances de l'utilisation, mais ne sont pas ceux dont ils ont besoin. C'est ainsi que l'intervention publique est sollicitée (financement public des assurances, subvention sur des prix des soins de santé) afin d'assurer une accessibilité plus large aux soins de santé nécessaires. L'Etat ou le pouvoir public a la possibilité d'agir par la régulation ou la réglementation de l'offre pour assurer l'accès aux services de soins le plus appropriés, et parfois l'Etat peut être le prestataire des soins de santé lorsque les entités privées n'ont pas intérêt à fournir certaines prestations et services et qui sont nécessaires à la population. De même, l'intervention ou l'action publique peut s'élargir aussi sur d'autres domaines (mesures anti-pollution) qui peuvent avoir des effets de santé importants sans qu'ils aient un impact sur la santé physique (Arrow, 1963 ; Thomas G. et al 2011).

4.3.3 L'asymétrie d'information

Dans le domaine de la santé, l'asymétrie d'information ne se présente pas seulement dans le marché des soins de santé, mais elle s'étend aussi sur le marché d'assurance. elle est souvent entrevue dans la relation fournisseur-patient, étant donné que le patient est le moins informé dans ce rapport, et pour mener sa décision, il se renseigne souvent sur le diagnostic et sur le traitement auprès du fournisseur (médecin ou professionnel de santé), ce dernier dispose de l'information sur les causes de la maladie et sur l'efficacité des alternatives de traitement (Evans RG. 1984). Le plus souvent les patients demandent des services de soins dans des situations où leurs états de santé sont vulnérables et ils ne disposent pas d'assez de temps pour chercher de l'information pertinente. Dans une telle situation, le fournisseur peut profiter de l'avantage d'information à son propre intérêt en manipulant la quantité, la qualité ou encore le prix d'une manière difficilement détectable par le patient. En outre, la proposition pour laquelle les acheteurs apprennent d'avantage suite à leurs expériences d'achat, n'est possible que pour certains services de santé comme les soins primaires, la plupart des soins de santé ne peuvent être des achats répétés telle que les soins secondaires et tertiaires (vésicule biliaire) (Hurley J. 2000).

Une autre approche a été intégrée dans le domaine de la santé et qui a été considérée comme potentiellement allégeant le problème de l'asymétrie d'information, est la théorie de l'agence (Evans, 1984). Selon cette approche, le fournisseur des soins est considéré comme un agent agissant pour l'intérêt de ses patients et non pas à son propre intérêt, contrairement à ce qui est appréhendé dans la littérature économique à travers le problème du principal-agent. Le problème qui apparaît dans la relation entre le principal et l'agent est relatif à une asymétrie d'information entre les deux parties du contrat, qui rend difficile le contrôle de l'agent par le principal (Evans, 1984 ; Culyer, 1989). L'existence de l'asymétrie d'information entre fournisseur et patient a été relativement similaire au problème du principal-agent, dans le domaine de la santé, la théorie de l'agence a été intégrée différemment, en redéfinissant l'objectif du fournisseur qui doit agir à l'intérêt de son patient. Etant le mieux informé, l'agent fournisseur est supposé agir en faveur de son patient, la partie la moins informée, en lui offrant les services et les soins qu'il pourrait demander s'il est informé au même titre que le fournisseur (Thomas G. et al, 2011).

Cependant, la montée de la compétitivité dans le secteur de soins de santé induirait certainement pour ces derniers un comportement individualiste en agissant pour leur propre intérêt afin d'assurer leur continuité. En réponse à cette question, une approche complémentaire visant la réduction de la concurrence entre les fournisseurs a été préconisée. Cette approche recommande des mesures et des politiques régulant l'offre des services de santé par la restriction des autorisations d'exercice, la limitation des activités de publicité ou encore l'engagement du fournisseur à assurer un niveau minimal de qualité (Hurley J. 2000).

La relation du principal-agent ne peut être parfaitement appliquée, du fait qu'elle relève d'un modèle idéal dans lequel l'agent est supposé être un agent parfait, il n'agit que dans l'intérêt du principal, alors qu'en réalité, il est apparent qu'il est difficile d'assurer les préférences des patients en ignorant son intérêt d'une manière répétée.

4.3.4 L'incertitude

Dans le marché des soins de santé, l'incertitude est associée à la fois à la demande et à l'offre. La demande des services de santé ne peut être facilement prévue en raison de l'incidence ou de survenance aléatoire de la maladie au niveau individuel. Du côté de l'offre, l'incertitude est relative à l'efficacité des traitements qui n'est généralement estimable que sous certaines conditions, l'efficacité réelle reste attribuable aux caractéristiques individuelles (par exemple les caractéristiques biologique, psychologique ou environnemental) et ne peut être prévue avec certitude pour un individu. Dans un tel contexte, le marché des soins de santé, y compris le marché d'assurance, peut faillir en tant qu'un mécanisme d'allocation efficient en raison de son incapacité à supporter les risques inhérents à l'imprévisibilité de la demande et de l'offre. C'est ainsi que les arrangements institutionnels (politique de santé, offre de soins, assurance sociale, etc.) trouvent leur raisons d'être en tant qu'une solution pour pallier au dysfonctionnement du marché (Arrow, 1963 ; John C et al 2011).

Habituellement, le traitement économique de l'incertitude mène à envisager une assurance, dont le fonctionnement est basé en principe sur une mise en communs des risques entre un grand nombre d'individus. Les individus sont supposés avoir une aversion vers les risques associés aux mauvais événements, ce qui leur poussent le plus souvent, dans le but de maximiser leurs utilités espérées, à mettre en commun leurs risques en contractant une assurance. Il convient ici de noter que, dans le secteur de la santé, la mutualisation des risques ici

concerne le risque financier lié à la maladie et non pas le risque de maladie, ce dernier il est inconcevablement échangeable (Evans RG. 1984 ; Pauly, 1963).

L'anti-sélection ou le risque de sélection, résulte en principe d'un problème d'asymétrie d'information entre l'assureur et l'assuré. L'anti-sélection survient lorsque les individus ayant un risque élevé sont les seuls ou les mieux motivés à souscrire une assurance, et ceux ayant un risque faible manquent à cette mutualisation, l'assurance ne couvrira donc que les risques élevés (John C et al 2011). Dans ce contexte d'asymétrie d'information, dans lequel les assurés sont les mieux informés sur leurs niveaux de risques, l'assureur ne peut distinguer entre les individus à haut risque et ceux à risque faible, il met hypothétiquement en commun les différents niveaux de risques, mais en réalité les meilleurs risques échappent. Dans cette situation, la prime payée pour l'assureur ne peut suffire pour couvrir les pertes potentielles, ainsi une politique d'écrémage de sa part, c'est-à-dire d'enlever la prime payée, ne peut attirer que les risques élevés dans la mesure où les personnes ayant un risque moindre, la prime s'avère plus chère par rapport à leur niveau de risque. Devant ce problème, le marché de l'assurance ne peut être soutenu en tant qu'un mécanisme d'allocation efficiente. Parmi les propositions pour combler à cette imperfection consiste à retenir un très grand nombre d'individus de tous les niveaux de risque et cela peut être atteint via une assurance publique obligatoire (Culyer, 1989 ; John C et al 2011).

En outre, parmi d'autre problème dont souffre le marché d'assurance est l'aléa moral, qui provient essentiellement d'une réponse de comportement de l'assuré suite à sa souscription dans une couverture assurantielle, cette couverture lui permet de prévenir et de se couvrir des charges ou des pertes probables associées à l'événement défavorable. En pensant qu'en cas de cas de réalisation, il ne supportera aucune perte financière, l'assuré peut se comporter d'une façon augmentant le risque de survenance, il devient moins prudent et prévoyant que s'il est non assuré. Ce comportement est généralement ne peut être observable par l'assureur, mais cette forme d'aléa moral ne prend pas ampleur lorsqu'il s'agit des soins de santé, l'assuré peut ne pas supporter le coût financière qui n'est, en effet, qu'une seule composante des coûts liés à la maladie tels que la douleur, la souffrance ou encore les pertes associées au temps d'inactivité (Hurley J. 2000).

Une autre forme plus importante de l'aléa moral se manifeste dans le marché de l'assurance et qui est aussi considérée comme une réponse de comportement de l'assuré ou encore de son fournisseur de soins. En effet, en cas où l'événement défavorable est survenu et en conséquence de sa souscription dans une assurance, l'individu assuré peut encourir à l'assurance des coûts plus élevés que s'il ne bénéficie pas d'une assurance. De même le prestataire ou le fournisseur de soins en pensant que le patient ne supportera l'intégralité des charges des soins, il peut prescrire des traitements à des quantités et ou à des prix élevés. Pour faire face à l'aléa moral, la compagnie d'assurance peut établir la prime d'assurance qu'elle va offrir aux individus sur la base des pertes potentielles ex post en présence d'assurance, c'est-à-dire sur la base des coûts qui seront induits par un individu bénéficiant d'une couverture. Cependant les individus qui cherchent à souscrire une assurance raisonnent en termes de pertes ex ante à leur adhésion à l'assurance, le contrat offert par l'organisme d'assurance pourra donc s'avérer cher. Tout cela peut conduire à une incomplétude de marché d'assurance qui se traduira probablement par une allocation moins efficiente ((John C et al 2011 ; Hurley J. 2000).

5 Conclusion

La revue du contexte historique dans lequel l'économie de santé a eu son écos, a montré le rôle de certains acteurs institutionnels et intellectuels dans l'apparition et le développement de cette discipline. Aux Etats-Unis, l'organisation des soins de santé et leur financement étaient au cœur du débat politique. Vers les années soixante et au même titre que les autres domaines, l'officialisation de l'économie de santé en tant qu'une sous discipline économique s'est affiliée dans une dynamique caractérisée par l'usage des nouvelles méthodes de l'analyse rationnelle en matière de décision publique. Arrow, considéré comme le père fondateur de cette discipline, est le premier qui a eu recours à la théorie du choix rationnel pour l'analyse de l'efficacité et de l'équilibre du marché des soins de santé. En mettant en lumière certains aspects liés à l'incertitude et à l'asymétrie d'information dans les relations d'agences dans le marché des soins de santé, il conclut l'impossibilité d'atteindre l'équilibre compétitif dans ce marché à cause des irrationalités d'origine politique, sociale, ou encore provenant de l'aspect éthique et émotionnelle lié à la nature du bien en question.

Une autre voie de recherche en économie de santé a été développée par Grossman en 1972, inspiré du modèle d'investissement dans le capital humain, l'approche de Grossman repose en grande partie sur l'idée que des investissements au début de la vie génèrent des gains à des âges avancés. Le modèle Grossmanien de la demande de santé a été inscrit comme l'application de l'approche du capital humain dans l'économie de santé.

La transposition des principes d'analyse néoclassique au domaine de la santé a fait l'objet de plusieurs critiques. En montrant l'incapacité de certains principes et hypothèses dans l'analyse du fonctionnement et de la distribution équitable du marché des soins, un nouveau cadre théorique a été développé et adapté aux particularités du nouveau objet d'analyse. L'adoption de nouveaux critères tels que le besoin en santé au lieu de la demande et de l'état de santé au lieu de l'utilité, dans le jugement et l'évaluation d'une allocation dans le cadre d'une perspective extra-welfariste, ont constitué les éléments référentiels du nouveau cadre normatif de l'économie de santé. Toutefois l'analyse économique de certains aspects inhérents au dysfonctionnement du marché de soins de santé, y compris le marché d'assurance, comme l'incertitude, les effets externes et l'asymétrie d'information, justifie la nécessité d'un financement public des soins de santé pour une accessibilité meilleure et une distribution plus équitable que les autres formes de financement.

REFERENCES

- [1] Amadae, SM (2003): Rationalizing Capitalist Democracy: The Cold War Origins of rational Choice Liberalism, The University of Chicago Press.
- [2] Arrow, K. J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, the American Economic Review. Vol. 53, No. 5, pp. 941-973.
- [3] Becker, G. S (1962) : Investment in Human Capital: A Theoretical Analysis, Journal of Political Economy, The University of Chicago Press, Part 2, pp. 9–49.
- [4] Becker, G (2007): Health as human capital: synthesis and extensions, Oxford Economic Papers, pp.379-410.
- [5] Becker, G (1994): Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education, 3ème édition, The University of Chicago Press, pp. 15 – 28.
- [6] Culyer A.J (1989): The Normative Economics of Health Care Finance and Provision, Oxford Review of Economic Policy, 5, p. 34-58.
- [7] Culyer, A. J (1971) : The Nature of the Commodity 'Health Care' and Its Efficient Allocation, Oxford Economic Papers, vol. 23, no. 2, 1971, pp. 189–211.
- [8] Feldstein, M (1963): Economic analysis, operational research, and the national health service, Oxford Economic Papers, Volume 15, Issue 1, pp. 19–31.
- [9] Grossman. M (1972): On the concept of health capital and the demand for health, Journal of Political Economy, The University of Chicago Press, p: 223-255.
- [10] Grossman. M (2000): The Human Capital Model, Handbook of Health Economics, chapter 7, volume 1, Edité par A. J. Culyer & J. P. Newhouse, Elsevier, p. 348-405
- [11] John Cawley, Christopher J. Ruhm, Mark V (2011). The Economics of Risky Health Behaviors, editors Pauly, Thomas G. Mcguire, Pedro P. Barros, Handbook of Health Economics, Elsevier, Volume 2, Pages 95-199,
- [12] Klarman, HE (1965): The Economics of Health, New York, Columbia University Press, New York, p 200.
- [13] Lawrence Freedman (2013), Strategy : A History, Oxford/New York, Oxford University Press, 2013, 571 p.
- [14] Lees, DS (1967): Efficiency in government spending: social services, Public Finance, pp. 176-89.
- [15] Lees, DS (1960) : The economics of health services, Lloyds Bank Review, pp. 26-41.
- [16] Lees, DS (1962): The logic of the British National Health Service, Journal of Law and Economics, 111- 118.
- [17] Mayes, R (2004) : Universal Coverage: The Elusive Quest for National Health Insurance, University of Michigan Press, Ann Arbor, Michigan.
- [18] Medema, SG (2000): Related Disciplines: The Professionalization of Public Choice Analysis, History of Political Economy, Duke University Press, pp. 289-323.
- [19] Melhado EM (2006): Healthplanning in the United States and the decline of public-interest policymaking, Milbank Quarterly, pp. 359-440.

- [20] Milton Friedman et Simon Kuznets (1954): Incomes from Independent Professional Practice, National Bureau of Economic Research, 1954. Une sélection à partir d'un volume imprimé des Bulletins 1939.
- [21] Mushkin, SM (1962): Health as an investment. Journal of Political Economy, Vol. 70, No. 5, Part 2: Investment in Human Beings, Oct, pp. 129-157.
- [22] Muurinen, J (1982): Demand for health: A generalized Grossman modell, Journal of Health Economics , 1982, p.5-28.
- [23] Newhouse J P (2004): Consumer-Directed Health Plans and the RAND Health Insurance Experiment, Health Affairs 23, no.6, pp. 107-113.
- [24] Pauly, M (1968): The Economics of Moral Hazard: Commentl, American Economic Review, Volume 58(3), pp. 531-537.
- [25] Rorem, C.R (1930): The Public's Investment in Hospitals, University of Chicago Press, Chicago, 1930.
- [26] Schultz, T.W, (1962): Investment in Human Beings, University of Chicago Press, Chicago, pp. 1-8.
- [27] Schultz, T.W (1961): Investment in Human Capital, The American Economic Review, Vol. 51, No. 1, pp. 1-17.
- [28] Sen, A (1985) : Commodities and Capabilities, North Holland, Amsterdam. 1985.
- [29] Sultz, Harry A.; Young, Kristina M. (1999). Health Care USA: Understanding its Organization and Delivery.
- [30] Thomas Ward (2003), Black Physicians in the Jim Crow South (Fayetteville: University of Arkansas Press, 2003.
- [31] Thomas G. McGuire (2011), Demand for Health Insurance, Editors: Mark V. Pauly, Thomas G. McGuire, Pedro P. Barros, Handbook of Health Economics, Elsevier, Volume 2, pp 317-396,
- [32] Weisbrod, B (1961): The Economics of Public Health, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.