

Introduction au dossier Économie de la santé

Carine Franc*

Au cours de la dernière décennie, la revue *Économie et Statistique* avait consacré deux numéros spéciaux aux questions liées au secteur de la santé. Après ces numéros spéciaux parus en 2013 et en 2016, la présente édition rassemble dans un dossier thématique une sélection d'articles issus des 41^{es} Journées des économistes de la santé français (JESF) qui se sont tenues à l'université de Poitiers en décembre 2019. Ces journées, organisées tous les ans, donnent lieu une année sur deux à la publication d'une sélection de contributions dans une revue généraliste à comité de lecture. Ainsi, après la *Revue Économique* en 2009, *Économie Publique* en 2010 et en 2012, puis *Économie et Statistique*, la *Revue Française d'Économie* en 2017, et la *Revue d'Économie Politique* en 2019, c'est *Economie et Statistique / Economics and Statistics* qui accueille cette nouvelle édition. Ces publications illustrent le souci constant du Collège des économistes de la santé, organisateur de ces journées, de largement diffuser les résultats des travaux menés dans le domaine.

En 2015, le titre de l'introduction était évocateur d'une situation déjà tendue : « un secteur toujours en tension ». Que dire aujourd'hui, en 2021 ? Comment qualifier la situation actuelle du secteur de la santé ? Dans les premières lignes, nous y soulignons un environnement économique difficile et un contexte budgétaire particulièrement contraint pour la décision publique. Mais alors, que penser des contraintes qui pèsent aujourd'hui sur les décideurs politiques ? La pandémie de la Covid-19 a bousculé notre économie en même temps que nos vies et continue de déstabiliser un système de santé fragile puisque « sous tension » depuis déjà plusieurs années.

Au regard des premiers mois de cette année sidérante de pandémie de la Covid-19, la Cour des comptes a estimé, dès l'automne 2020, à près de 27.3 Mds € la chute exceptionnelle des recettes des organismes de sécurité sociale par rapport à celles prévues dans la loi de financement adoptée fin 2019 (Cour des comptes, 2020). Dans le même temps, la cour évaluait la hausse des dépenses à près de 11.5 Mds €, essentiellement du fait de la hausse vertigineuse des dépenses de l'assurance maladie. Ainsi, à la fin septembre 2020, le projet de loi de finance de la sécurité sociale prévoyait un déficit de plus de 44 Mds € avant qu'il ne soit revu à la hausse dans la loi de financement votée en fin d'année puisqu'évalué pour le régime général à 49 Mds € (y compris fond de solidarité vieillesse). De façon attendue, la contribution du déficit de la branche maladie est massive avec un déficit estimé pour 2020 à 33.7 Mds € soit près de 70 % du déficit cumulé attendu (LFSS pour 2021, 2020). Pourtant les arbitrages des dernières années, fortement régulés par des Objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie (Ondam), avaient permis de contenir les déficits de la branche maladie et ce, malgré la hausse continue des dépenses de santé. En effet, l'Ondam constitue un outil de régulation des dépenses de l'Assurance maladie : son périmètre correspond à la partie de la consommation en soins et biens médicaux (CSBM) financée par la Sécurité sociale (y compris les régimes spéciaux) à laquelle s'ajoutent certains postes relevant du champ plus large de la dépense courante de santé (DCS). Chaque année, le Parlement fixe des objectifs de dépenses maximales pour les soins de ville et les soins hospitaliers lors du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale. Entre 2000 et 2019, les dépenses réalisées dans le champ de l'Ondam ont presque doublé passant de 103 Mds € à plus de 200 Mds € (soit une augmentation de 94 %) (LFSS pour 2021, 2020), cette progression

* INSERM (carine.franc@inserm.fr)

Les jugements et opinions exprimés par les auteurs n'engagent qu'eux-mêmes, et non les institutions auxquelles ils appartiennent, ni a fortiori l'Insee.
Citation: Franc, C. (2021). Introduction to the Thematic Section on Health Economics. *Economie et Statistique / Economics and Statistics*, 524-525, 5–9. doi: 10.24187/ecostat.2021.524d.2041

étant largement expliquée par celle des dépenses de santé plus que par des modifications de périmètre. Par exemple, entre 2006 et 2019, la CSBM a progressé en valeur de plus de 35 % (Marc *et al.*, 2020).

Pour 2020, bien évidemment, les chiffres dévient complètement des tendances observées sur les années précédentes et le dépassement pour 2020 atteindrait 13 Mds € pour un Ondam estimé à plus de 219 Mds € (LFSS pour 2021, 2020). Même si les montants ne sont pas stabilisés, le surcoût brut exceptionnel pourrait atteindre 18 Mds €. Ces dépenses engagées en réponse à la crise sanitaire correspondent essentiellement aux achats de matériel médical et de masques, à la prise en charge des tests diagnostiques, aux aides financières, allouées dans l'urgence, aux hôpitaux et établissements médico-sociaux pour la réorganisation des soins, au recrutement des personnels et versements des primes aux soignants, aux financements des arrêts de travail pendant les confinements, etc. Cette crise a exacerbé les tensions des professionnels de santé et, tout particulièrement, celles des personnels hospitaliers, tensions qui couvaient de longue date. Pour y faire face, dans cette situation économique, sociale et sanitaire inédite, le gouvernement a proposé un plan dit « le Ségur de la Santé ». Ce plan se traduit notamment par des revalorisations salariales pour l'ensemble des personnels des établissements de santé et des EHPAD pour près de 1 Md € dès 2020 et de 6 Mds € supplémentaires en 2021. Les bouleversements sont toutefois loin de n'avoir concerné que l'hôpital : le nombre de consultations en ville et particulièrement le nombre de consultations de médecine générale a fortement baissé au cours des cinq premiers mois de l'année 2020 : -12 % par rapport à la même période en 2019, avec en particulier une baisse des remboursements de 14 % en mars et de 28 % en avril (PLFSS, 2021, Annexe 1). Pour que ce moindre recours se traduise le moins possible par une dégradation de la situation sanitaire des patients « non-Covid », en sus de la simplification de l'accès aux téléconsultations, des incitations tarifaires ont été mises en place pour favoriser l'offre de consultations « longues » par les médecins généralistes pour leurs patients fragiles qui avaient renoncé à consulter pendant le confinement. Pourtant et malgré ces dépenses massives pour contrer l'épidémie et celles pour limiter ses conséquences, les premières évaluations menées dès juillet 2020 mettaient en évidence les inégalités sociales et territoriales face à la crise sanitaire (Dubost *et al.*, 2020). Dès les premiers mois de la crise, les inégalités sociales se révélaient déjà à tous les niveaux, dans l'exposition au virus, dans la vulnérabilité au virus avec, on le sait, une disparité sociale importante des facteurs aggravants et des comorbidités, et dans la prise en charge et l'accès aux soins. Plus spécifiques à cette crise sanitaire, les inégalités se révélaient aussi fortement face au confinement avec par exemple, l'absence de continuité des soins pour les « autres » patients, et évidemment des disparités importantes de conditions de logement et d'isolement comme aussi de sécurité matérielle. Si depuis plusieurs années, de nombreux travaux ont montré la hausse importante des inégalités sociales et notamment des inégalités sociales de santé dans nos sociétés occidentalisées, la crise sanitaire les a peut-être, pour un temps, rendues moins « supportables ». Même la Réserve Fédérale Américaine (Fed), peu connue pour prendre en compte les effets redistributifs de sa politique monétaire, a affirmé, par la voix de son président Jerome Powell, que les Africains-Américains et les Hispaniques avaient été les plus affectés par la hausse du taux de chômage consécutif à cette crise – comme lors des précédentes (Powell, 2020). Pour rendre plus efficace son action, la Fed devrait prendre spécifiquement en compte ces disparités dans les ajustements de la politique monétaire. Une révolution de pensée ?

Au-delà des données de cadrage macro-financier qui prennent, dans la conjoncture actuelle, des dimensions « hors normes », le secteur de la santé est un champ de recherche remarquable pour les économistes. Il concentre en effet à peu près toutes les défaillances de marché possibles, dont l'ampleur peut parfois être considérable. Ces défaillances, loin de constituer seulement des distorsions théoriques à un équilibre hypothétique, justifient l'intervention des autorités publiques sous de multiples formes et sur de nombreuses dimensions. Citons, entre autres, les interventions publiques qui prennent la forme d'entraves à la concurrence (brevets, *numerus clausus*, etc.) ou de fortes régulations des prix sur le secteur pour notamment pallier les problèmes liés aux asymétries d'informations (prix des médicaments, des examens et dépistage, des soins médicaux, instauration de franchise, etc.).

Une autre défaillance illustre aujourd'hui parfaitement les spécificités du « bien santé » et l'indispensable action des pouvoirs publics : c'est la réponse publique aux questions liées aux externalités. Dans le contexte de pandémie de la Covid-19, il apparaît évident qu'il est dans l'intérêt de la santé de tous que chacun puisse avoir accès à un dépistage dès le premier doute et à un vaccin dès sa mise sur le marché... tout aussi essentielle est alors la question du recours suffisant au vaccin pour atteindre cette nécessaire immunité collective. En effet, les décisions individuelles ne tenant pas compte de l'intérêt général, les plus jeunes, les moins « à risque » ou encore les plus averses au risque (d'effets indésirables) pourraient être moins enclins à se faire vacciner, et ce malgré une mise à disposition gratuite du vaccin. Des incitations supplémentaires, qu'elles soient financières (une prime) ou en nature (*voucher* pour une bière !, place pour un événement sportif) peuvent convaincre quelques candidats de plus. Les autorités publiques peuvent également introduire des barrières à l'entrée pour la consommation de certains biens (restaurants, concerts, voyages, etc.) *via* la mise en place d'un « permis d'entrée sur le marché » ou d'un « Pass sanitaire ». Ainsi l'éventail des incitations disponibles pour induire un niveau de consommation optimal d'un bien offrant de fortes externalités positives de consommation est bien complet. Reste ensuite l'obligation vaccinale comme outil de régulation... Un véritable cas d'école pour l'économiste !

Ainsi, clairement et avant tout, la santé n'est pas un bien comme les autres... et si c'est une évidence au niveau individuel, pour chacun de nous, c'est également un fait établi dans le champ économique. Aussi, outre les considérations altruistes, bien évidemment importantes, cela serait une erreur majeure de considérer les dépenses de santé uniquement comme un poids dans l'économie. Pourtant, comme le confirmait le groupe d'expert à la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique (Horton *et al.*, 2016), l'emploi dans le secteur de la santé est généralement considéré comme « un fardeau économique excluant souvent toute possibilité de réussite et de gains de productivité ». Selon cette Commission, chiffres à l'appui, cet emploi en santé devrait à l'inverse être perçu comme un investissement très intéressant, non seulement pour parvenir à l'équité en santé, mais également pour renforcer et stabiliser une croissance économique inclusive. Pour James (2017), les systèmes de santé sont essentiels au fonctionnement efficace de l'économie d'un pays : les adultes en bonne santé sont plus productifs ; les enfants en bonne santé réussissent mieux à l'école. Cela renforce les performances économiques et rend la croissance plus durable et inclusive. Le secteur des soins de santé est également une importante source d'emplois. En moyenne, les activités de santé et de travail social représentaient environ 11 % de l'emploi total dans les pays de l'OCDE en 2014 (James, 2017). Plus largement, et dans une optique de croissance endogène, la santé comme l'éducation constituent des composantes essentielles du capital humain justifiant un financement largement public (Barnay *et al.*, 2019). Enfin, comme le soulignait Cornilleau (2012), si l'évolution des dépenses de santé constitue un réel défi pour la croissance, du fait justement qu'il s'agit souvent de dépenses socialisées, elles « concourent à l'augmentation du bien-être dans une proportion difficile à mesurer mais certainement importante ».

Les quelques contributions présentées lors des JESF de décembre 2019 reprises dans ce numéro s'inscrivent toutes dans des thématiques récurrentes et permettent d'aborder un certain nombre d'analyses éclairantes pour la décision publique.

Si la conjoncture actuelle a exacerbé les tensions des professionnels de santé, les questions liées à leurs rémunérations ne sont clairement pas un sujet nouveau. **Brigitte Dormont, Aimée Kingsada et Anne-Laure Samson** reviennent sur le premier système de paiement à la performance proposé en France aux médecins en 2009 *via* le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI). Elles s'interrogent sur l'effet de ce système, principalement destiné aux médecins généralistes, sur leurs comportements d'offre de soins, en termes d'intensité de leur activité par patient comme de leur implication dans la montée en charge du dispositif du médecin traitant. Les auteures montrent également que les effets du CAPI ne sont pas neutres du point de vue des honoraires des médecins par patient avec donc des conséquences sur la dynamique des honoraires dans les dépenses en soins de ville pour la Sécurité sociale.

La régulation des honoraires des médecins en soins de ville est une longue histoire, celle de la recherche d'un équilibre à trouver entre attractivité de l'exercice libéral pour les professionnels et accessibilité pour les patients. **Brigitte Dormont et Cécile Gayet** étudient les conséquences, pour les médecins et dentistes libéraux, de l'interdiction des dépassements d'honoraires pour les patients bénéficiaires de la CMU-C. En particulier, elles examinent à quel point cette interdiction crée une contrainte financière pour les médecins du secteur 2 (pratiquant des dépassements) et les dentistes libéraux qui pourrait les conduire à exclure ces patients, alors même que l'idée est de favoriser leur accès aux soins. Les auteures montrent que si le niveau du dépassement moyen tend à diminuer lorsque les professionnels reçoivent des patients CMU-C, il ne semble pas y avoir d'impact négatif sur les honoraires totaux du fait, dans le même temps, d'une augmentation de leur activité.

Bien évidemment, les inégalités de recours ne sont pas le seul résultat des comportements des offreurs de soins. S'il est bien connu que la demande de soins dépend de l'âge, à travers l'évolution des besoins de soins, le lien entre cette demande et les caractéristiques de l'activité professionnelle est moins établi. **Estelle Augé et Nicolas Sirven** en proposent une analyse à partir du recours aux soins des travailleurs indépendants par rapport aux salariés. Les auteurs montrent ainsi que les travailleurs indépendants ont tendance à consommer moins de soins ambulatoires au cours de leur vie professionnelle (effet que les auteurs appellent « *must-trade* »), alors que leur consommation augmente ensuite pour progressivement rattraper les niveaux observés parmi les salariés après la retraite (effet « *catch-up* »), suggérant que leur santé diminue donc plus rapidement au cours du cycle de vie.

Outre les coûts d'opportunité qui peuvent expliquer les choix de recours aux soins, les préférences jouent évidemment un rôle clé dans les arbitrages économiques individuels. Faire révéler les préférences aux individus est donc essentiel pour comprendre leurs décisions individuelles. En développant une étude des choix discrets, **Christine Peyron, Aurore Péliissier et Nicolas Krucien** analysent les préférences de la population française concernant les modalités et le contenu de l'information génétique potentiellement accessible avec la médecine génomique. Les auteurs mettent en évidence un souhait d'accéder aux résultats génétiques les plus exhaustifs possibles, avec une volonté d'autonomie des individus quant au choix des informations communiquées, et une certaine valorisation d'une contribution à la recherche à travers la mise à disposition de leurs données génétiques.

Dans une dernière contribution, **Louis Arnault et Jérôme Wittwer** étudient l'effet de la réforme de 2015 de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA à domicile) sur les aides effectivement reçues par les bénéficiaires en fonction de leur niveau de dépendance. Les auteurs montrent que si le montant moyen d'aide proposé aux bénéficiaires les moins autonomes a significativement augmenté entre 2011 et 2017, celui proposé aux moins dépendants a diminué, à caractéristiques données. Au sein de chaque GIR caractérisant le niveau d'autonomie, les distributions des montants sont plus étalées en 2017, y compris « à gauche », laissant supposer que les contraintes budgétaires pesant sur les conseils départementaux ont conduit à réduire les montants proposés aux personnes relativement plus autonomes pour financer la hausse de ceux notifiés aux personnes les plus sévèrement dépendantes.

Dans le contexte actuel, plus que jamais, l'analyse économique doit contribuer à la décision politique en assurant la promotion des dépenses efficaces. En effet, si l'adage populaire considère que « la santé n'a pas de prix », elle a rarement eu un tel coût ! Bien sûr, les chocs financiers sont massifs sur le secteur de la santé, mais ils le sont aussi pour beaucoup d'autres secteurs de l'économie et bien au-delà, la pandémie a bousculé nos modes de vie, et continue d'affecter nos interactions sociales et même familiales, nos libertés, etc. Le choc est tel qu'il est impossible que cette pandémie ne marque pas l'histoire des peuples et l'histoire économique de notre temps. Il est encore difficile, voire impossible, de faire le compte des bouleversements qu'aura induit cette crise. Ainsi, on peut espérer que contrairement à ce que Chantal Cases et Brigitte Dormont déploraient dans la préface du numéro spécial paru en 2013, l'analyse économique puisse jouer un rôle clé dans les décisions touchant le système de santé. En effet, dans cette période inédite de pandémie, il est devenu évident,

souhaitons-le pour le plus grand nombre, que les outils de l'économiste pourront aider et accompagner la décision publique. Au regard des enjeux du redressement économique, les arbitrages qui devront être faits avec leurs conséquences inévitables sur l'organisation du système de santé, sur le fonctionnement des différents acteurs, et sur le ou les modèles de son financement reflèteront *in fine* des choix de société. □

*Je tiens à remercier les membres du comité scientifique des Journées des économistes français de la santé pour leur précieux travail en amont des Journées. Merci également aux rapporteurs qui ont contribué au processus d'évaluation des articles pour la revue *Economie et Statistique / Economics and Statistics*.*

Références

- Barnay, T., Mihoubi, F. & Videau, Y. (2019).** Éditorial. L'évaluation des politiques publiques dans un contexte de défaillances de marché : applications aux domaines de l'éducation, de la santé, de l'environnement et du territoire. *Économie & prévision*, 2(2), I-X.
<https://doi.org/10.3917/ecop.216.0001>
- Cornilleau, G. (2012).** Croissance et dépenses de santé. *Les Tribunes de la santé*, 3(3), 29–40.
<https://doi.org/10.3917/seve.036.0029>
- Cour des comptes (2020).** Finances et comptes publics – La sécurité Sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. *Synthèse*, Octobre 2020
https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-10/20201007-synthese-securite-sociale-2020_0.pdf
- Dubost, C.-L., Pollak, C., Rey, S. (coord.) et al. (2020).** Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 - État des lieux et perspectives. *Les Dossiers de la DREES*, 62.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/DD62.pdf>
- Horton, R., Araujo, E. C., Bhora, H., Bruysten, S., ... & Yamin, A. E. (2016).** Rapport final du groupe d'experts de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique. OMS.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250132/9789242511284-fre.pdf;jsessionid=5B90FB7603FE3BC93C080D7262A72D15?sequence=1>
- James, C. (2017).** Health and inclusive growth: changing the dialogue. In: Buchan, J., Dhillon, I.S. & Campbell, J. (Eds). *Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base*, Ch. 8. Geneva: World Health Organization.
https://www.who.int/hrh/resources/WHO-HLC-Report_web.pdf?ua=1
- LFSS pour 2021 - Loi de Financement de La Sécurité Sociale (2020).** Loi 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, article 10.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042665307>
- Marc, C., Héam, J.-C., Mikou, M. & Portela, M. (2020).** Les comptes de la santé 2019. Édition 2020, DREES, Ministère de la Santé.
- PLFSS - Projet de loi de finance de la Sécurité Sociale (2021).** Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale –Maladie, Annexe 1.
<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2021/PLFSS-2021-ANNEXE%201-Maladie.pdf>
- Powell, J. H. (2020).** New Economic Challenges and the Fed's Monetary Policy Review. Board of Governors of the Federal Reserve System. In: *Navigating the Decade Ahead: Implications for Monetary Policy*, an economic policy symposium sponsored by the Federal Reserve Bank of Kansas City, Jackson Hole, Wyoming.
<https://www.federalreserve.gov/newsevents/speech/powell20200827a.htm>
-

