

LA MICRO-ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, BILAN ET PERSPECTIVES

CYRILLE PIATECKI *, PHILIPPE ULMANN **

A contrario d'une croyance bien établie, l'économie de la santé ne semble pas être sur le plan « analytique » une économie de bien spécifique (voir Labourdette [1988]). En effet, s'il est possible d'étudier la santé sans prendre en considération les effets externes - penser par exemple à la vaccination qui profite à celui qui est vacciné mais aussi au reste de la population - s'il est impossible de passer sous silence les « valeurs d'option » engendrées par les demandes optionnelles pour lesquelles il est nécessaire de mettre en place des investissements lourds sans certitude de leur emploi, il est évident que cela provient du très large spectre de ses caractéristiques qui permet de l'analyser tout aussi bien comme un bien privé que comme un bien public.

Un bien public est un bien qui ne peut être ni accaparé par quelqu'un ni conduire à l'exclusion de certains de sa consommation. Or, il est clair qu'une partie de la consommation de santé est sujette à encombrement donc à éviction et qu'ainsi la santé apparaît au moins comme un bien public impur. On pense ainsi à l'encombrement dans certains services hospitaliers. En matière de prévention ou d'endémie, on peut même parler strictement de bien public pur.

Enfin, il est évident que l'incertitude est diffuse au cœur des problèmes de santé, parce que non seulement les individus sont incapables de préciser leur état de santé mais que la médecine n'est pas une science exacte et que les praticiens, qui disposent d'une information plus riche que leurs malades, n'agissent pas comme leurs agents parfaits.

D'un point de vue analytique, l'économie de la santé se situe donc au carrefour de tous les courants de l'économie publique à l'économie de l'incertain. En quelque sorte c'est une spécificité. Une seconde spécificité peut-être plus discriminante par rapport aux autres champs de l'analyse économique est qu'étant données les caractéristiques de l'offre, qui est essentiellement administrée, l'économie de la santé développe ses analyses autour de la demande.

47

* CREDES - CRESEP

** COMEPE - Université Paris XII

Cette introduction à la micro-économie de la santé tente une présentation succincte des principales analyses qui depuis l'article fondateur d'Arrow [1963] ont participé au développement du domaine.

Une première partie présente l'analyse classique de la demande de santé. Ensuite, la demande de soins est étudiée au travers des schémas néo-classiques relevant de la théorie du capital humain. Le rôle de l'information et de l'incertitude est alors introduit avant d'aborder en quatrième partie le problème de la demande liée à l'offre. La cinquième partie est consacrée à la distinction entre demande et besoins et la sixième et dernière aux développements récents, c'est-à-dire, à la théorie de l'agence et à l'économie des conventions.

De l'analyse classique de la demande...

L'approche classique a consisté dans un premier temps à aborder la demande de santé comme une demande de services dont la formation est indépendante de l'offre et dont on évalue l'élasticité pour l'identifier. Dans ce cadre d'analyse, le patient est considéré comme un consommateur maximisant son utilité sous contrainte du revenu avec une autonomie décisionnelle.

48

Ainsi, à partir du début des années soixante-dix, de nombreux travaux empiriques ont été effectués afin de déterminer la forme spécifique de la demande en fonction du prix et du revenu (Fuchs et Kramer [1972], Newhouse et Phelps [1974] et [1976], et Feldstein [1971] et [1977]).

La plupart des études font ressortir d'une part des élasticités-prix négatives mais faibles : entre - 0,1 (Newhouse et Phelps [1974]) et - 1,5 (Rosett et Huang [1973]), centrées autour de - 0,5 (Feldstein [1971] et Fuchs et Kramer [1972]). Toutefois, Feldstein [1981] constate la variabilité des résultats et déplore : « *Il semble malheureusement que cette imprécision arrive parce que la véritable élasticité-prix est 0* ».

D'autre part, les estimations de l'élasticité-revenu n'ont pas permis, là encore, d'obtenir un relatif consensus, excepté sur le signe (positif) de la relation : de 0,017 (Newhouse [1976]) à 2 (Silver [1970]).

La variabilité des résultats, qui peut s'expliquer par la différence des méthodes utilisées pour la détermination des prix et des revenus, n'a donc pas permis de déterminer la courbe de demande. Ce qui remet en cause l'intérêt de l'approche classique par le modèle du malade-consommateur.

Constatant la relative faillite de cette approche, un certain nombre d'auteurs ont adopté une démarche considérant des facteurs extra-économiques comme déterminants de la fonction de demande. Des travaux empiriques français ont donc intégré des informations sur les caractères socio-démographiques du consommateur de soins médicaux, en particu-

lier la notion d'état de santé. Une relative faiblesse théorique sur les explications de l'influence de telles variables a semble-t-il constitué un frein au développement de cette approche.

... à l'approche néo-classique de la demande de soin

On peut donc concevoir une relation souvent mal définie entre la santé et la demande de soins car pour quelle raison demanderait-on des soins si ce n'est pour améliorer notre état de santé ? C'est dans ce schéma de pensée que l'approche néoclassique, dont Grossman (1972) a été l'initiateur, s'est développée. Ainsi, dans son modèle « *demand-for-health* », Grossman prend le parti d'endogénéiser la variable état de santé, jusqu'alors considéré comme exogène par les tenants de l'approche dite traditionnelle.

A partir des travaux de Lancaster [1966] et de Becker [1965] sur la demande de caractéristiques, Grossman applique ces nouvelles théories et considère la santé comme un bien durable intégré au capital humain. L'auteur propose un modèle inter-temporel de détermination conjointe de l'état de santé et des soins tout au long du cycle de vie. L'individu hérite au début de sa vie d'un certain stock de capital de santé initial qui, à partir d'un certain moment, va se déprécier au cours de sa vie à un taux croissant avec l'âge. Son comportement d'optimisation consistera donc pour l'individu à maximiser son utilité sous des contraintes de revenu et de temps. En effet, l'individu gérant son stock de capital santé cherchera à ajuster son stock effectif de santé à son stock désiré en réalisant des investissements en soins médicaux et en temps.

Le modèle originel de Grossman se décomposait en deux sous-modèles : le modèle d'investissement pur où la santé n'est recherchée que pour son effet positif sur le temps de travail, et un modèle de « consommation pure » où la santé n'intervient que dans la fonction d'utilité sans effet sur le revenu (C. Le Pen [1988]).

De nombreuses extensions théoriques sont venues enrichir le modèle de base, sur deux thèmes en particulier : l'incertitude et l'endogénéisation de la dépréciation du capital-santé.

Le modèle originel a donc bénéficié d'apports, en particulier sur l'incertitude, faisant suite aux travaux intégrant cette dimension en économie de la santé. Grossman lui-même, dès 1972, intègre la notion d'incertitude dans son modèle, en envisageant le cas où le taux de dépréciation du capital-santé serait aléatoire. Cropper [1977] a lui considéré l'incertitude sur les services rendus par le capital santé, c'est-à-dire la relation entre investissement effectué et gains de santé. Enfin, Dardoni et Wagstaff [1987] introduisent la notion d'incertitude concernant l'efficacité des soins et

montrent qu'un meilleur état de santé réduit la consommation de soins lorsque l'individu a de l'aversion pour le risque.

Le second axe de recherche théorique s'est porté sur l'endogénéisation du taux de dépréciation du capital-santé. Dans le prolongement des travaux de Dowie [1975], qui intègre par ailleurs l'incertitude avec une application de la théorie du portefeuille à la santé, on est venu à considérer que l'individu pouvait influencer sur le taux de dépréciation de son capital-santé par ses comportements ou ses caractéristiques. Cropper [1981] s'est intéressé au taux de dépréciation en tentant de le rendre dépendant de facteurs d'environnements comme par exemple la pollution. Muurinen [1982] intègre lui des caractéristiques socio-culturelles comme l'éducation. Toutefois, ces apports ne présentent pas d'intérêt particulier en termes de prédiction par rapport au travail de Grossman.

Si peu de vérifications empiriques globales du modèle sont effectuées (Wagstaff [1987]), de nombreuses études économétriques ont pris comme référence théorique le modèle de la « *demand-for-health* ». On peut citer par exemple les modèles à variables latentes (Van de Ven et Van der Gaag [1982] et Wagstaff [1987]) qui traitent le capital-santé comme une variable inobservable.

Les résultats obtenus par ces divers travaux économétriques ont dans l'ensemble confirmé les prédictions du modèle théorique qualifiées d'intuitives. C'est par exemple le cas de la corrélation positive de la demande de soins avec l'âge et le salaire. Par contre, concernant les propositions dites contre-intuitives, comme la corrélation de l'état de santé avec le recours aux soins, les résultats obtenus sont contraires aux prédictions du modèle. La plupart des travaux trouvent en effet une relation significativement négative entre état de santé et consommation de soins. De même, selon les hypothèses du modèle, le revenu familial est supposé positivement corrélé à la demande de santé et à celle de soins. Or si la première relation est confirmée par les résultats empiriques, ces derniers font ressortir une corrélation négative entre le revenu et le nombre de jours en bonne santé. Grossman [1975] ayant noté le paradoxe avance l'hypothèse de la production jointe pour expliquer ce résultat.

Or, même si les études empiriques semblent infirmer le modèle dans son aspect le plus original, ce dernier point apporte un éclairage nouveau à cette approche. Dans ce cadre d'analyse, tous les biens sont demandés en fonction de leurs caractéristiques et non simplement pour eux-mêmes. Ainsi, un bien comme la cigarette est perçu par les fumeurs comme possédant une caractéristique de mise en danger de la santé et aussi une caractéristique de plaisir, la balance subjective - l'utilité jointe si l'on préfère - entre ces deux caractéristiques leur apparaissant cependant comme favorable. Le secteur formel de la santé n'intervient pas alors que comme une part de la demande de santé des ménages.

La critique principale opposable à l'approche de Grossmann repose sur l'hypothèse que le consommateur possède un très haut degré de rationalité et d'information. Cependant, cette approche est assez riche pour être au coeur de l'analyse contemporaine de la demande de soins, d'autant que les biens associés à la santé, sans être pour autant des soins, sont en général des biens de prévention pouvant aller de la margarine, qui est réputée meilleure pour la santé que le beurre, aux différents sports.

A l'intersection entre un secteur formel et un secteur informel, la demande de santé peut être très complexe, d'autant plus qu'elle est extrêmement sensible au manque de connaissance - essentiellement sur les risques encourus - et à l'irrationalité du consommateur liée à une asymétrie d'information et un avenir incertain. Ceci peut produire de grandes incohérences dans la liaison entre le système formel de santé qui est, entre autres, organisé de manière à épauler mais aussi à modérer la demande des consommateurs et le système informel dans lequel les consommateurs sont libres d'ajuster leur consommation.

L'étude des phénomènes d'information et d'incertitude est donc apparue comme nécessaire pour une meilleure identification de la demande.

Le rôle de l'information et de l'incertitude

51

Si l'on s'en tient essentiellement aux soins, le problème majeur provient de la mauvaise qualité de l'information dont peut disposer l'agent économique. Sur le plan de la santé, sait-il toujours réellement ce qui est bon pour lui ? Si tel était le cas, pourquoi aurait-il besoin d'avoir recours aux conseils d'un médecin ?

Le manque d'information du patient se révèle à plusieurs niveaux. D'une part, le patient-consommateur de soins médicaux ignore les caractéristiques du bien à consommer (le traitement), d'autre part, et c'est là le point fondamental, le patient ne connaît pas ses propres besoins en termes de soins. Ces informations sur le diagnostic, ainsi que la prescription du traitement, lui sont alors fournies par le médecin. Celui-ci peut amener le malade à avoir recours à un spécialiste ou à un hôpital qui à leur tour fourniront un diagnostic complémentaire et/ou des actes techniques. Dès lors, l'ignorance du patient ne se limite plus au savoir médical, mais concerne aussi les structures sanitaires. Enfin, on peut rajouter que le malade ne possède pas non plus d'informations sur la qualité des soins qui lui sont prescrits, ainsi que sur la qualité du personnel médical qui intervient dans le diagnostic et le traitement éventuellement.

Il existe donc une asymétrie d'information très importante entre le médecin - ou la structure médicale - et le patient. Cette asymétrie conduit alors le patient à accepter de renoncer à une partie de sa souveraineté de

consommateur parce qu'il ne possède pas l'information qui lui permettrait de prendre la bonne décision.

Mais la difficulté ne s'arrête pas là. Il existe aussi une incertitude très importante en ce qui concerne la qualité du produit, incertitude possédant encore des composantes asymétriques. D'une part, il est souvent excessivement difficile pour le médecin de poser un diagnostic précis et, d'autre part, le patient est rarement à même de juger si le praticien a bien diagnostiqué la maladie et choisi la bonne thérapie.

Dans une situation d'incertitude, le patient va donc chercher à se couvrir contre le risque lié à cet aléa. Il va alors souscrire à une assurance¹, qui sera directement lié à sa position vis à vis du risque et qui viendra compléter une couverture sociale qui peut ne pas être totale. Ainsi, le poids des assurances privées dans le milieu de la santé n'a cessé de croître ces dernières années. Si ce phénomène est connu depuis de nombreuses années aux Etats-Unis, il n'est apparu en France que durant les décennies 70-80, suite au désengagement progressif de la sécurité sociale dans les remboursements de soins. Face à la mise en place de politiques de rationnement par les prix, tel que le ticket modérateur, les consommateurs sont donc amenés à choisir une couverture complémentaire par le biais des assurances.

52 Ce choix va par ailleurs être influencé par deux phénomènes bien connus des économistes, et qui ne sont pas propres à la santé : la sélection adverse et le risque moral.

Sélection adverse

Le problème de sélection adverse a été énoncé pour la première fois par Akerlof [1970] qui a modélisé ce phénomène en prenant pour exemple le marché des voitures d'occasion. Celles-ci se répartissent en deux catégories : les bonnes (« melons ») et les mauvaises (« lemons »)². Le vendeur connaît son véhicule. L'acheteur dispose d'une information plus pauvre : le type de véhicule, son âge, son kilométrage. Le prix va s'établir en fonction de ces quelques éléments, sans tenir compte des informations détenues par le vendeur et inaccessibles pour l'acheteur.

Dans ces conditions, les propriétaires de lemons vont les amener sur le marché, tandis que les possesseurs de bons véhicules vont autant que possible les conserver. Les acheteurs ne pouvant distinguer les bonnes des mauvaises voitures : « Les bonnes voitures sont conduites hors du marché par les « lemons » (Akerlof [1970]). L'asymétrie d'informations entre acheteurs et vendeurs potentiels débouche sur une sélection adverse ou anti-sélection puisque ce sont les plus mauvais véhicules qui sont retenus.

¹ Terme générique qui prend différentes significations selon le pays considéré.

² Expressions anglo-saxonnes utilisées pour qualifier les voitures de bonne et mauvaise qualité.

Le résultat de ce dysfonctionnement est une baisse de qualité moyenne des biens échangés. Ce phénomène, qualifié de sélection contraire dans le sens où la mauvaise qualité chasse la bonne, implique une « absence de transactions et donc une inefficacité puisque l'on pourrait avec une meilleure information améliorer la situation de tous les échangistes potentiels » (Mougeot (1989)).

Dans le domaine de la santé, la situation de sélection adverse peut entre autres se représenter dans le cadre du marché de l'assurance. Ce sont les personnes qui ont un risque accru (maladie de longue durée et/ou coûteuse) qui auront tendance à prendre une assurance complémentaire afin de couvrir ce surcoût, alors que l'assureur, lui ne connaît pas le risque réel encouru par l'assuré.

Le problème de sélection adverse se pose donc pour les compagnies d'assurance dont l'intérêt est de ne pas subir ce phénomène. Deux possibilités s'offrent à elles : les contrats incitatifs qui consistent à amener les assurés à révéler d'eux mêmes les vraies caractéristiques de leur état de santé ; et l'écrémage des risques³ à travers des contrats discriminants qui rejettent du marché non plus les « bons » risques mais les « mauvais ». Dans ce cas, le sens de la sélection est inversée, mais l'optimalité de l'équilibre n'en est pas pour autant assurée, les plus vulnérables se trouvant exclus de ce type de protection. Les conséquences sont bien entendues différentes selon le pays considéré et le régime de protection sociale.

53

S'il est vrai que l'assurance obligatoire est préférable à l'assurance facultative pour la couverture du risque maladie afin d'éviter la sélection adverse, elle ne permet toutefois pas de résoudre le problème de risque moral qui concerne aussi bien l'assurance privée que l'assurance sociale.

Risque moral

Ainsi, le fait d'être assuré amène souvent une modification dans le comportement de l'agent, lequel peut relâcher sa vigilance, diminuer sa consommation de biens préventifs, amplifier ses comportements risqués, dès lors qu'il se sent « couvert ». Or l'assureur n'a guère de moyens de déterminer la classe dans laquelle va réellement se situer un individu, compte tenu de ses réactions (inconnues) à l'assurance : c'est le phénomène de risque (ou aléa) moral. Autrement dit, le fait d'être assuré augmente le niveau de consommation et fait atténuer toute mesure préventive. Ce type de comportement stratégique est donc à l'origine de distorsions dans l'allocation des ressources (Arrow [1963]).

Pour remédier au phénomène de risque moral, seuls des mécanismes incitatifs introduisant des taux de co-assurance (ou tickets modérateurs)

³ De l'anglais « cream skinning ».

ou des systèmes de bonus-malus fonction des observations passées peuvent restaurer l'optimalité (Cresta [1984], Laffont [1985] et Mougeot [1989]). Cette solution est cependant difficilement applicable dans le cas d'une assurance sociale obligatoire où les comportements de « passager clandestin » peuvent contrer l'effet de tels contrats incitatifs, mais surtout conjugué au risque moral, augmenter les dépenses de santé. Le comportement de « passager clandestin » est une conséquence du fait que les préférences individuelles sont cachées et que la prime qu'il verse est indépendante de son comportement, ce qui va le pousser à augmenter ses consommations de soins.

En conclusion, le phénomène de sélection adverse concerne la méconnaissance des caractéristiques de l'assuré indépendamment de l'assurance et le risque moral la méconnaissance des réactions de l'agent à l'assurance (Bichot [1992]).

Si ces comportements, résultant de l'asymétrie d'information et de l'incertitude, poussent à une augmentation de la demande et donc des dépenses, il serait maladroit d'envisager une simple politique de maîtrise des dépenses de santé « par la demande ». Le rôle moteur que joue l'offre dans le processus de transformation du besoin de santé en demande de soins constitue un élément déterminant à prendre en compte dans les décisions des politiques de santé.

54

Formulation de la demande liée à l'offre

Les caractéristiques de l'offre

L'offre de soins s'articule dans nos sociétés autour de trois acteurs principaux : le médecin, l'hôpital et l'assurance maladie. Leur rôle et leurs fonctions, qui sont sujets à de diverses réglementations, peuvent les amener à adopter des comportements interdépendants. Ces trois agents se distinguent nettement de ceux intervenant sur les autres marchés par leurs caractéristiques propres, que le patient ignore en règle générale.

Par comparaison avec l'échange d'un bien privé, au sens de la théorie économique, Arrow [1963] décrit 4 comportements distincts entre le médecin et l'entrepreneur qui restent plus ou moins valides quelque soit l'organisation du système de santé adopté par un pays :

1. La publicité et la compétition ouverte sont prohibées.
2. Les conseils donnés par le praticien concernant la poursuite des traitements qu'il ou que d'autres ont prescrits sont supposés dénués complètement de tout intérêt personnel. L'hypothèse de maximisation du profit est donc écartée concernant le comportement du médecin.
3. On suppose que le choix des traitements est dicté par la gravité de

la maladie et non par des limitations financières quelconques.

4. Le praticien est un expert qui certifie auprès d'un certain nombre d'organisations possédant une existence légale de la réalité d'une maladie. Il est donc supposé émettre la bonne information et non pas faire plaisir à son patient.

Le deuxième intervenant sur le marché des soins en tant qu'offreur est donc l'hôpital dont on peut ici aussi lister un certain nombre de différences avec les entreprises :

1. Le statut d'organisation à but non lucratif par l'intégration d'une contrainte d'équilibre budgétaire.
2. La spécificité du produit et le rôle primordial du corps médical dans le processus de production à travers la reconnaissance de la dimension qualitative des imputs et de l'output.
3. Le rôle des praticiens dans le processus de transformation du besoin de santé en demande de soins par l'identification des médecins comme véritables demandeurs de l'hôpital.
4. La particularité organisationnelle de l'hôpital peut engendrer des conflits entre personnel médical et administratif. Ces comportements permettent d'appliquer à l'hôpital, les analyses économique de la bureaucratie (Mougeot [1986] et [1989]), et en particulier l'étude des comportements des agents en fonction d'une information qu'ils savent asymétriques.

55

Enfin, sur le marché de l'assurance maladie, c'est également en termes de disponibilité de l'information que l'on étend l'adaptabilité du marché. L'information conditionne les décisions et les comportements des agents en contexte incertain avec les phénomènes que nous avons évoqués dans le paragraphe précédent : sélection adverse, risque moral et passager clandestin.

D'autres éléments apparaissent distinguer l'offre de soins de l'offre de n'importe quel autre bien. Tout d'abord, il existe une restriction à l'entrée dans la profession dans à peu près tous les pays du monde. Ceci a pour conséquence que la qualité des soins est plus homogène que la qualité des autres biens économiques. Ensuite, les prix n'ont pratiquement pas de rôle à jouer dans la détermination de la demande. L'élément essentiel est qu'alors que la compétition par les prix est considérée comme une vertu sur la plupart des autres marchés, sur le marché des soins, elle est considérée comme un vice. Enfin, l'existence presque universellement répandue de système d'assurance de santé induit un biais à la hausse de la demande, comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent.

L'induction de la demande par l'offre

Les caractéristiques de l'offre de soins conjuguées aux phénomènes d'asymétrie d'information sont à l'origine du concept de l'induction de la demande par l'offre qui cherche à expliciter l'hypothèse de perte partielle de souveraineté du consommateur en faveur du praticien (voir page 4). Partant de l'observation que plus l'offre augmente, c'est-à-dire le nombre de médecins ou d'hôpitaux, plus la demande de santé de la population croît, le principe d'une influence de l'offre sur la demande a été établi.

Cette affirmation d'une interdépendance entre offre et demande impliquant la contestation de l'existence d'une demande autonome et stable constitue donc une nette remise en cause des approches traditionnelles (en particulier néo-classiques) de la demande de santé.

Cette thèse, dont l'initiateur est R.G. Evans [1974] et qui repose sur l'existence d'un pouvoir discrétionnaire du médecin qui lui permettrait d'induire la demande (pouvoir de monopole), continue à alimenter une controverse entre les tenants et les contestataires de cette théorie. La principale critique d'ordre théorique formulée à son encontre porte sur la question de la limite de l'utilisation du pouvoir discrétionnaire. En d'autres termes, si ce pouvoir est infini et que le médecin peut l'utiliser pour répondre à des modifications exogènes de ses conditions d'exercice et ainsi à une baisse attendue de ses revenus, pourquoi ne l'utilise-t-il pas pour simplement maximiser ses revenus (Yett [1978]) ? Face à cette critique, Evans [1974] avait déjà tenté de répondre en indiquant que les médecins n'étaient ni totalement désintéressés et insensibles aux considérations économiques pour eux-mêmes et leurs patients, ni des individus mus par le seul objectif de maximisation de leur revenu (Levy [1988]). Les tenants de cette thèse ont donc avancé trois hypothèses pour justifier leur approche : celle du revenu-cible qui postule que le médecin cherche à atteindre un certain niveau de revenu et n'utilisera son pouvoir discrétionnaire qu'à cette fin ; celle de l'intégration d'une désutilité lors de l'utilisation de son pouvoir et enfin l'hypothèse du respect d'une éthique professionnelle comme argument de satisfaction pour le médecin. Si ces différents modèles apportent une réponse à cette critique de fond sans remettre en cause l'existence d'une induction par l'offre, leur confrontation à la réalité présente des résultats ambigus.

En réponse à ces apports, les défenseurs des théories d'inspiration néo-classiques ont proposé une remise en cause de la corrélation entre l'offre et la demande en partant de l'hypothèse du pouvoir du monopole du médecin. Stano [1987], par exemple, montre qu'il y a induction si le médecin bénéficie d'un degré élevé de monopole, mesuré par l'élasticité de la demande. En conditions concurrentielles, l'induction devrait disparaître, de sorte que l'accroissement de la densité médicale peut aboutir non

pas à accroître mais à diminuer le niveau d'activité induite par le médecin. D'autres approches, avec des modèles de « recherche de marché », de « menace », ainsi que la thèse du « contrôle profane », tendent à restaurer une partie de la souveraineté du consommateur dans un cadre d'offre de soins concurrentiel, et donc à limiter le pouvoir discrétionnaire du praticien.

Ainsi, pour mieux appréhender le comportement du malade face à l'incertitude liée à la maladie et à la compétence du médecin, certains auteurs (par exemple Rochaix [1990]) ont adapté les concepts traditionnels de la théorie de « recherche de marché », pour mieux expliciter les caractéristiques du marché des services médicaux. Le postulat de départ est que le patient cherche un traitement adéquat pour sa maladie.

Traditionnellement, la théorie de recherche de marché représente une stratégie de réponse à l'incertitude, le consommateur ignorant a priori la localisation de la valeur spécifique de la variable aléatoire (prix, quantité, qualité de bien ou service). La solution du problème consiste alors en l'adoption d'une règle de décision optimale conduisant à l'arrêt de la recherche une fois dépassée la valeur critique⁴.

Le modèle de marché permet ainsi d'établir un certain nombre de prédictions :

- Les patients les plus pessimistes quant à leur état de santé sont prêts à consommer des intensités de traitements plus fortes.
- Plus un patient est ignorant, moins il est enclin à engager une procédure de recherche.
- Lorsque l'ensemble des médecins a tendance à surtraiter (Etats-Unis), les patients sont plus enclins à s'engager dans une procédure de recherche.
- Plus les patients perçoivent le marché des services médicaux comme hétérogène (avec, pour un même niveau de sévérité de la maladie, la recommandation d'intensités de traitement très différente), moins ils auront tendance à chercher.

Cette dernière prédiction diffère de celles de modèles traditionnels de recherche de marché, selon lesquels plus grande est la dispersion sur un marché, plus la recherche se justifie. La prédiction contraire du modèle des services médicaux s'explique toutefois par le fait que le patient ne recherche pas une valeur extrême (prix minimum, qualité maximum), mais plutôt un traitement adéquat. Il cherche, de fait, à minimiser les risques d'un sous-traitement ou d'un sur-traitement.

Dérivant du modèle de recherche du patient, un autre modèle de comportement des agents face à l'incertitude a été présenté : le modèle de

⁴ Pour une présentation complète de ces modèles, voir Stigler [1961], Hey & McKenna [1981] et McKenna [1986].

« menace ». S'intéressant au praticien cette fois-ci, on pose l'hypothèse que le médecin est lui-même incertain quant à l'acceptation par le patient de l'offre de traitement qui lui est faite. Le risque de voir le patient consulter un autre médecin le conduit à prescrire plus juste, à savoir plus près de ce que le patient aurait lui-même choisi s'il avait eu accès à la même information. La « menace » de recherche de marché et donc de « vote avec les pieds »⁵, s'apparente à un mode de contrôle ex-ante de cette relation d'agence entre médecin et patient.

Enfin, la limite à l'utilisation du pouvoir discrétionnaire n'est alors plus interne au comportement même du médecin comme dans les modèles de l'induction, mais externe par la pression exercée par les patients sur les médecins grâce à la possibilité de « contrôle profane » dont ils disposeraient.

En définitive, la thèse de la demande induite par l'offre, qui a bénéficié de nombreuses critiques constructives, semble limitée par les problèmes méthodologiques sur les variables et les tests qui rendent impossible toute vérification convaincante sur la réalité de l'induction.

Une fois encore, l'identification de la demande de santé se heurte à des problèmes de validation liés aux méthodes employées. Dès lors, c'est le concept de demande en tant que tel qui a été remis en cause par une autre approche, elle aussi résultant des caractéristiques de l'offre et considérant la demande comme expression nécessaire d'un besoin.

58

Demande et besoins

Dès le début des années 60, plusieurs auteurs se sont interrogés sur le comportement tutélaire de l'Etat en matière de santé. Arrow [1963] et Fuchs [1966] montrent que la mise sous tutelle de cette activité se justifie pour plusieurs raisons : l'ignorance du consommateur, la qualité des soins fournis, les effets externes (désagréments face à la mort, contagion, hygiène...). Or, dans cette problématique de l'intervention de l'Etat, non seulement la nature de la demande de services médicaux ne permet pas de laisser au marché le soin de réguler cette activité, mais elle peut même induire des biais dans le comportement de l'Etat. Dès lors, la définition des besoins à satisfaire et des modalités permettant de le faire constitue l'objectif principal des politiques de santé.

Cependant, cette notion de besoin ne fait pas l'unanimité auprès des économistes. Ainsi, pour Rösch [1973], le besoin est « *une notion subjective, sans limites, fondée sur des désirs* » que « *l'on ne peut espérer observer et quantifier de manière satisfaisante* » selon Mizrahi [1982]. Malgré tout,

⁵ Expression anglo-saxonne signifiant le choix de départ.

comme l'affirme Lafarge [1988] : « *L'optimisation du comportement étatique impose la recherche, au-delà des préférences mal révélées, de ce qui peut et doit être fait, c'est-à-dire l'évaluation des besoins* ».

Williams [1975] analyse la notion de besoin, qui renvoie à l'idée d'un « manque compensable », comme un « quasi-concept d'offre » se rapprochant ainsi de la thèse de l'induction décrite précédemment : « *Un besoin de soins médicaux existe lorsqu'un individu a une maladie ou un handicap pour lequel il existe un traitement efficace et acceptable* ». De plus, pour devenir un besoin « à satisfaire », il faut qu'il soit défini collectivement en tant que tel.

Bradshaw [1972], dans un souci de clarification des débats sur l'allocation des ressources dans ce secteur, propose de préciser la notion de besoin. Pour cela, il fait une distinction entre « besoin ressenti » et « besoin normatif », qui est défini comme différence entre la situation existante et un standard « désirable » et le « besoin exprimé » qui n'est autre que la demande.

Dans cette logique, l'optimisation de l'intervention de l'Etat doit donc pouvoir s'appuyer sur une conception objective des besoins, alors que ceux-ci font partie du langage de l'offre. Ainsi, l'objectivisation de « l'état de santé », que nous avons introduit dans le premier paragraphe, s'inscrit dans cette problématique dès lors que si l'on considère le concept d'état de santé, on passe d'une notion de demande comme comportement d'optimisation à une notion de demande comme expression nécessaire d'un besoin. Cependant, plusieurs études montrent l'insuffisance de la problématique de l'état de santé-maladie pour expliquer la consommation de soins médicaux, en particulier dans le cas français (Dupuy [1973] ou Mizrahi [1982] par exemple). De plus, les tentatives de mesure et de classification de la notion d'état de santé n'ont pas débouché sur des avancées significatives dans cette voie.

Tous ces éléments, ainsi que ceux évoqués lors des paragraphes précédents, distinguent le marché des soins de tous les autres marchés. On trouvera chez Beresniak & Duru [1992] une description détaillée des systèmes de santé existant dans les principaux pays d'Europe qui démontre qu'il n'existe pas d'unanimité dans la façon de délivrer les soins. Mais la fin des années 80 et le début des années 90 a été l'occasion de grands changements qui ont conduit les responsables à s'intéresser de plus en plus aux solutions retenues par les autres pays afin de réformer leur système et à conduire à une plus grande homogénéisation tant sur le plan de l'organisation que sur le plan du financement.

Une conséquence naturelle des points qui viennent d'être relevés est qu'il existe un écart important entre les besoins exprimés de soins et les capacités de financement des systèmes de santé. Un grand nombre de

contributions ont été par le passé consacrées à ce problème d'autant qu'il existe encore un grand nombre de penseurs - en général des médecins - qui refusent de reconnaître l'approche économique de la gestion de la pénurie. En particulier, si l'on retient la terminologie de Culyer (1991) certains adoptent « l'approche romantique » qui refuse de reconnaître la pénurie des ressources relatives aux besoins exprimés, alors que d'autres adoptent « l'approche monoteknique » qui consiste à nier l'hétérogénéité des besoins exprimés et la diversité des préférences humaines.

La principale difficulté rencontrée dans la détermination de la quantité de soins est qu'il est très mal aisé de déterminer le rôle des acteurs dans le processus d'évaluation de la dépense. En effet, au contraire de la plupart des biens, il existe de nombreuses raisons de penser que le marché des soins est sujet à des échecs de marchés, (« market failures »).

Bien entendu, alors que la notion de demande véhicule une idée de contrainte budgétaire, il n'en est pas de même avec la notion de besoin qui dérive vers les choix collectifs. Par conséquent, il doit être apparent que tous les besoins ne peuvent être satisfaits. Il existe donc une grande pression à la recherche de critères concernant le choix des besoins qui seront satisfaits. Pour ce faire, on a recours à une analyse coût-bénéfice. Dans ce cadre d'analyse le schéma développé par Culyer [1976] est un bon point de départ à la compréhension de la démarche.

On postule qu'il existe un coût d'opportunité à la production de plus de santé que l'on traduit en général en termes de renoncement à une opportunité éducationnelle. Le décideur public préfère certaines combinaisons de santé et d'éducation à d'autres. Le choix optimal du couple santé-éducation est alors déterminé en confrontant les préférences au coût d'opportunité.

En définitive, il existe un conflit important entre la notion de demande et la notion de besoin, entre les aspects individuels et les aspects collectifs de la demande de santé. Ce conflit passe de manière prépondérante au travers de la *relation d'agence*.

Développements récents : Théories de l'agence et des conventions

La principale difficulté rencontrée dans la détermination de la quantité de soins est qu'il est très mal aisé en avenir certain, comme en avenir incertain, de déterminer le rôle des acteurs dans le processus d'évaluation de la dépense.

Des développements récents, là encore empruntés à d'autres champs de l'économie, ont permis d'apporter des éléments de réponse quant aux rôles et interactions des différents acteurs de la santé : la théorie de l'agence et la théorie des conventions.

La théorie de l'agence

Le modèle général de la « relation d'agence » est maintenant bien connu des économistes. Ross [1973] interprète les relations entre agents économiques en termes de relations d'agence et stipule d'emblée la divergence des intérêts individuels, et de l'intérêt individuel par rapport à l'intérêt collectif. L'un des intervenants sur un marché (appelé « le principal » ou « agent-principal ») délègue en faveur du second (« l'agent ») son pouvoir de choix, pour un prix fixé et dépendant en général du résultat. Une telle situation existe tout particulièrement dès lors que l'information d'un des intervenants est imparfaite (ou asymétrique). Tout naturellement un tel modèle trouve son application au « marché » des services médicaux, lui-même caractérisé par une asymétrie d'information.

Ainsi, à partir du conflit demande-besoin évoqué précédemment, se mettent en place tous les éléments nécessaires pour instaurer une relation d'agence entre le malade et son médecin. Au travers de sa propre évaluation de son état de santé, l'individu exprime une demande pour une meilleure santé. La plupart du temps cette demande reste lettre morte, surtout si le praticien n'est pas d'accord avec son expression. En particulier, il peut estimer que le patient n'a pas besoin du traitement demandé et que, par contre, d'autres traitements peuvent apparaître comme nécessaires. Le médecin apparaît alors comme l'agent du patient. Cette relation provient essentiellement du fait des différents problèmes de gestion de l'information que nous avons identifiés précédemment.

61

On peut donc imaginer sans peine une application de ce modèle à la relation qui régit les rapports entre le médecin et le patient. Le patient (le principal) délègue son pouvoir décisionnel au médecin (l'agent), détenteur du savoir médical (relation pour le moins asymétrique). Ce type de relation peut aussi s'appliquer entre le patient et la tutelle. Dans ce cas, le comportement de prévention et de recours aux soins de la part du patient (ici, l'agent) est inobservable par le principal (la tutelle), alors même qu'il influe sur la probabilité d'occurrence de la maladie. En outre, cette relation d'agence peut aussi s'envisager dans le cadre de l'hôpital, avec des relations de principal à agent : administrateur-corps médical, tutelle-administrateur ou encore patient-corps médical. Pour finir, un troisième type de relation (« patient-tutelle ») peut voir le jour. Ici la tutelle (principal) délègue au médecin-agent la responsabilité de l'allocation des ressources rares à la santé. Béjean [1994] a récemment introduit une relation d'agence à l'intérieur de la notion de tutelle.

Trois phénomènes, déjà présentés précédemment, peuvent venir modifier la relation d'agence : le risque moral, la sélection adverse et le passager clandestin.

Dans le risque moral, lorsque le comportement de l'agent est inobserva-

ble, le principal peut douter de l'effort de l'agent à satisfaire ses intérêts. Lorsque les caractéristiques de l'agent sont cachées, l'effet pervers qui en résulte est qualifié de sélection adverse. Si l'on reprend la définition générale présentée par Beresniak & Duru [1992] : « *On est en situation de sélection adverse si l'un au moins des agents dissimule au principal une information concernant ses caractéristiques* ». Enfin, lorsque la non révélation des préférences constitue la stratégie de l'agent, on le qualifie de passager clandestin.

Le problème du principal consiste alors à rechercher les termes du contrat qui lui permettront de se réappropriier l'information à moindre coût ou qui inciteront l'agent à révéler de lui-même ses propres caractéristiques et ce dans son intérêt. C'est le principe des contrats incitatifs qui permettent d'atteindre une situation d'optimum de second rang, malgré l'asymétrie d'information.

L'approche du système de soins en termes de relations d'agence a non seulement le mérite de présenter une analyse novatrice pour le domaine mais permet aussi :

- de présenter la relation sanitaire comme une relation de délégation de pouvoir évitant ainsi d'être confronté au problème de la définition du produit échangé ;
- de concevoir l'hôpital comme une organisation où s'établissent des relations contractuelles inter-individuelles.

De plus, les phénomènes de risque moral, de sélection adverse et de passager clandestin, conduisent à identifier les sources d'inefficacité comme résultant de comportements stratégiques. La théorie des incitations fournit alors une alternative crédible :

- au mode de régulation marchande, lorsque le prix ne véhicule pas d'information et qu'aucun système de prix paramétrique ne permet d'assurer la coordination des intérêts individuels,
- aux politiques économiques de rationnement, lorsque celles-ci, comme c'est le cas dans le domaine sanitaire ne peuvent être assises sur des procédures rigoureuses d'observabilité.

Malgré tout, cette théorie de l'agence appliquée à la santé présente un certain nombre de limites, en particulier sur les hypothèses fondamentales du paradigme contractuel. Tout d'abord, le risque lié à l'incertitude ne peut être probabilisé dès lors que l'ensemble des états de la nature est inconnu. Ensuite, l'hypothèse de rationalité substantielle des acteurs semble difficilement acceptable, dès lors que l'on considère les phénomènes inintentionnels et désintéressés ou les valeurs telles que l'éthique, la confiance ou la qualité.

La remise en cause de cette hypothèse de rationalité substantielle des acteurs et l'intégration des comportements que nous venons de décrire constituent le point de départ de l'économie des conventions.

La théorie des conventions

L'économie des conventions définit des valeurs à exogénéiser telles que éthique, confiance et qualité, qui sont alors désintéressées et assurent la coordination en reposant sur des attentes réciproques et des comportements allant de soi. Ces valeurs sont considérées par cette approche comme des « objets collectifs », des règles-conventions, dont l'émergence est spontanée et assure la médiation nécessaire à l'établissement d'un équilibre. Les règles et les conventions sont alors des dispositifs qui permettent de constituer simultanément l'accord des volontés individuelles, et le produit de cet accord. Cette conception des modalités de la coopération conduit à repenser l'organisation : elle ne s'ajoute plus au marché, mais la précède comme catégorie constitutrice de la coopération. Le concept de rationalité substantielle y est remplacé par celui de rationalité procédurale (Simon [1976]), conçue comme l'adéquation des anticipations de l'agent à ses informations, à travers ses croyances et au sein d'un processus d'apprentissage dont le résultat ne peut être anticipé.

Dès lors, l'intérêt d'une telle approche pour l'économie de la santé semble évident tant les phénomènes de qualité, d'éthique professionnelle et de confiance apparaissent comme la cause des difficultés à prédire et à expliquer le fonctionnement du système de santé à partir des implications des théories standards et comme la condition nécessaire à la coordination des comportements dans ce domaine.

Une première tentative d'application de l'économie des conventions à l'économie de la santé (Batifoulier [1990]) a permis de redéfinir les principes de régulation du système de soins en termes de conventions d'activité et de qualité qui sont des objets collectifs.

Le respect et la réciprocité des normes et des valeurs non marchandes, associés au caractère collectif de la relation, font de la convention le cadre d'une solution coopérative où : la motivation remplace l'incitation, la rationalité intègre l'apprentissage et enfin les habitudes permettent l'émergence de conventions en tant que coordinations. Dès lors, la coopération dans la relation sanitaire met l'accent sur la réciprocité du don et sur la façon dont s'exprime la relation plutôt que sur son objet. Ainsi, la tutelle a besoin du médecin pour lui déléguer l'activité médicale tout en privilégiant l'éthique et le désintéressement pour garantir un « bon usage des soins ». De même, le médecin a besoin de la tutelle qui lui garantit une juste rétribution, au sens large, de son activité : salaire, statut et indépendance. Le don réciproque favorise donc une relation coopérative et loyale entre le médecin et les pouvoirs publics, malgré d'éventuels intérêts contradictoires.

Les conventions d'activités assurent donc la stabilité de la relation entre les pouvoirs publics et le médecin en évitant le risque moral et l'abus de l'utilisation de son pouvoir discrétionnaire par le médecin. L'apprentissage

et la régularité permettent d'établir un climat de confiance en éliminant l'incertitude sur l'action des protagonistes de la relation.

Les règles supérieures, définies par les conventions d'activités, régissent le système de soins. La légitimité de l'intervention des pouvoirs publics repose sur la constitution d'une règle-convention : le caractère tutélaire du bien santé. La stabilité du système, et de la relation tutelle-médecin, est assurée par l'éthique professionnelle et la juste rétribution de la profession.

Les conventions d'activités assurent donc la solidité et la stabilité de la relation sanitaire. Toutefois ces conventions doivent être appliquées dans la réalité et donc dans la mise en oeuvre des prestations de santé. On passe donc d'une analyse intergroupe (médecins-pouvoirs publics) à une analyse interindividuelle (médecin-patient). L'exigence qualitative des soins par les patients intervient alors à ce niveau avec les conventions de qualité.

L'évaluation de la qualité de l'intervention du médecin conditionne l'efficacité de la relation entre le médecin et le patient. Or la qualité étant sujette à l'incertitude, l'approche conventionnaliste propose deux réponses associées à deux dimensions dans la qualité que l'on peut distinguer : la dimension technique (plateau technique, classification des actes...) et celle de la qualité d'écoute perçue par le patient.

64

Les conventions de qualité sont donc de deux natures. D'une part, les conventions de qualité techniques ou industrielles définissent les qualités des services médicaux et des objets de santé (essentiellement dans un contexte de soins hospitaliers). La règle supérieure, qui justifie l'intervention de l'Etat dans cette objectivisation de la qualité, est le caractère tutélaire des soins médicaux. Cette règle supérieure est une convention, au même titre que l'éthique professionnelle, qui permet de réduire l'incertitude du patient.

D'autre part, les conventions de qualité domestiques déterminent la qualité particulière de chaque professionnel (essentiellement dans un contexte de soins ambulatoires). Dans un contexte de diversité des qualités, il est nécessaire de développer des intermédiaires (personnes, conventions,...) dont le rôle est de vérifier la justesse des transactions. Celles-ci reposent sur la confiance et la réputation, en tant qu'objets collectifs, qui établissent une forme d'organisation sociale dont l'une des représentations est le réseau-échange de relations interpersonnelles. Le médecin, en y participant activement, produit des services de qualité, ce qui lui permet de conserver mais aussi de capter la clientèle. Tout est donc basé sur la confiance réciproque entre le patient et le praticien et qui assure en tant que convention l'existence de la relation sanitaire. Ces deux types de conventions sont interdépendantes et c'est donc dans ce cadre que doit être analysé le système de santé.

L'économie des conventions appliquée au domaine de la santé constitue donc une démarche originale au pouvoir descriptif important. L'intérêt d'une telle approche réside dans sa capacité à décrire avec un plus grand réalisme les relations entre patients et médecins ainsi que les hypothèses qu'elle mobilise (incertitude non probabilisable, rationalité procédurale des acteurs, logique de don réciproque, coopération non marchande...).

Toutefois, un certain nombre de critiques conceptuelles et méthodologiques limitent la portée de ce développement récent. La principale objection qui peut être avancée à l'encontre des tenants de cette théorie est la faible capacité prédictive de l'analyse conventionnaliste qui ne permet pas de modifier les résultats obtenus jusqu'à maintenant. Ensuite, d'un point de vue méthodologique, l'approche conventionnaliste, qui établit l'existence de conventions assurant la stabilité de la coopération entre individus, ne précise ni l'origine, ni les évolutions de ces conventions. Enfin, et cela tient encore au caractère descriptif de l'approche, l'économie des conventions ne permet pas de préciser ni comment, ni pourquoi, elles interviennent dans la prise de décision individuelle et collective.

L'intérêt de cette approche semble donc se limiter à un apport descriptif ce qui semble constituer un obstacle à son développement dans ce domaine.

65

Conclusion : Les perspectives

L'état actuel de la recherche semble indiquer certaines limites dans l'identification du phénomène de la demande de santé, même si on connaît de mieux en mieux les facteurs de cette consommation (statistiquement parlant), il n'existe toujours pas de modèle théorique fournissant un cadre conceptuel cohérent.

Les travaux empiriques, qui ont mis en oeuvre bon nombre d'instruments récents empruntés à d'autres domaines, n'ont pas permis de valider les hypothèses jusqu'alors avancées. Des approches telles que la théorie de l'agence ou l'économie des conventions ont certes très largement contribué à une meilleure description de la santé mais se sont avérées limitées quant à leurs apports en termes prédictifs.

Deux voies de recherches semblent toutefois ouvrir de nouveaux horizons pour une meilleure compréhension des phénomènes observés empiriquement mais mal formulés théoriquement.

Une première approche, s'inspirant de la démarche conventionnaliste, consisterait en un examen novateur et approfondi du comportement du consommateur. Il pourrait être, par exemple, intéressant de revenir sur les concepts de préférences séparées qui remettent en cause un certain nombre de résultats, en particulier sur la contrainte budgétaire de santé

(Clark et Olsen [1994]). Par ailleurs, jusqu'à présent, seule la rationalité était retenue comme déterminant des choix individuels en termes de demande de santé. Or cette notion ne peut se limiter en ce qui concerne la santé à : « A est préféré à B, B est préféré à C, donc A est préféré à C », le système et son fondement biaisant les implications pratiques de cet axiome fondamental. Si l'approche conventionnaliste a permis d'apporter un certain nombre d'hypothèses dans cette voie, en particulier sur la rationalité, l'éthique et la confiance, le contexte était celui d'une transaction non-marchande entre les différents acteurs du système de santé. Or, il semblerait qu'une analyse portant sur les mêmes concepts de moral, d'éthique, mais aussi d'éducation devrait être envisagée mais dans un cadre différent. Ainsi, une démarche recentrée sur le patient pourrait déboucher non seulement sur des hypothèses et des résultats plus « robustes », mais pourrait aussi apporter une réponse aux critiques formulées à l'encontre de l'économie des conventions, en particulier sur les origines et l'évolution de ces dernières. Dès lors, une meilleure identification des attentes, des motivations et des besoins des malades, permettrait une définition plus réaliste de la demande de santé, en appliquant par exemple les nouvelles théories des choix en incertain (théorie des prospects...).

66

Une deuxième voie, qui est peut-être la plus large, se propose d'utiliser les nouveaux instruments d'analyse micro-économique tels que la théorie des jeux ou les modèles de négociation qui permettraient d'emprunter des concepts aux autres champs d'analyse et de les appliquer à l'économie de la santé. En cela, la notion d'altruisme apparaît comme une nouvelle composante susceptible d'influencer la demande dans le cadre d'un jeu où les acteurs ne sont pas forcément maître de leurs choix. Un autre aspect de la fonction de demande de santé qui pourrait être reconsidéré est son caractère unitaire. En effet, les analyses ont jusqu'à maintenant porté sur une demande unitaire des ménages, or il semblerait plus juste de considérer cette demande sanitaire comme collective, comme cela a déjà été étudié dans d'autres domaines de l'économie (voir par exemple Chiappori [1988]). Dès lors, la demande de santé du ménage pourrait être l'objet d'une négociation entre ses membres, à partir d'éventuels conflits non seulement en termes de budget, mais aussi de comportements.

En tout état de cause, ces propositions sont issues d'autres champs de l'économie, et on est en droit de se demander si le domaine est susceptible de générer ses propres instruments d'analyse.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Akerlof G.A. (1970), « The market for « lemons » : quality uncertainty and the market mechanism », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 74, août 1971, p. 488-500.
- Arrow K. (1963), « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *American Economic Review*, vol. 53, p. 941-973.
- Batifoulier P. (1990), *Incitations et conventions dans l'allocation des ressources. Une application à l'économie de la santé*, Thèse, Université Paris X.
- Becker G.S. (1965), « A theory of the allocation of time », *Economic Journal*, vol. 75 (289), p. 493-519.
- Béjean S. (1994), *Economie du système de santé*, Economica.
- Beresniak A. et Duru G. (1992), *Economie de la santé*, Masson.
- Bichot J. (1992), *Economie de la protection sociale*, Armand Colin.
- Bradshaw J. (1972), « A taxonomy of social need » in Mc Lachlan E. (ed), 1972.
- Chiappori P.A. (1988), « Rational household labor supply », *Econometrica*, 56, p. 63-89.
- Clark D. et Olsen J.A. (1994), « Agency in health care with an endogenous budget constraint », *Journal of Health Economics*, vol. 13, p. 231-251.
- Cresta J.P. (1984), *Théorie des marchés d'assurance*, Economica.
- Cropper M.L. (1977), « Health, investment in health and occupational choice », *Journal of Political Economy*, vol. 85, n° 6, p. 1273-1294.
- Cropper M.L. (1981), « Measuring the benefits from reduced morbidity », *American Economic Review*, vol. 71, n° 2, p. 235-540.
- Culyer A. (1976), « Need and the national health service, in A. McGuire, P. Fenn et K. Mayhew (eds), « Providing health care : the economics of health care finance and provision », Oxford University Press.
- Culyer A. (1991), « The nature of the commodity health care and its efficient allocation, in A. McGuire, P. Fenn et K. Mayhew (eds), « Providing health care : the economics of alternative systems of finance and delivery », Oxford University Press.
- Dardoni V. et Wagstaff A. (1987), « Uncertainty and the demand for medical care », Discussion paper n° 26, Center for health Economics, University of York.
- Dowie J. (1975), « The portfolio approach to health behavior », *Social Science and Medicine*, vol. 9, p. 619-631.
- Dupuy J.P. (1973), « Relations entre dépenses de santé, mortalité et morbidité », Paris, CEREBE.
- Evans, R.G. (1974), « Supplier-Induced Demand : Some Empirical Evidence and Implications », Mark Perlman (Ed.), *The Economics of Health and Medical care*. Proceedings of a Conference held by the International Economic Association, Tokyo, p. 162-173.
- Feldstein M.S. (1971), « Hospital cost inflation : a study of nonprofit pricing behaviour », *American Economic Review*, vol. 61, p. 853-72.
- Feldstein M.S. (1977), « Quality change and the demand for hospital care », *Econometrica*, vol. 45, p. 1681-1702, octobre.

- Fuchs V.R. (1966), « The contribution of health services to the american economy », *Millbank memorial Fund Quarterly*, vol. 44.
- Fuchs V.R. et Kramer M.J. (1972), « Determinants of expenditures for physician services in the US, 1948-1968 », *NBER*, occ. paper n°117, reproduit in Fuchs, 1986, p. 67-107.
- Grossman M. (1972), « The demand for health : a theoretical and empirical investigation », *NBER*, occasionnal paper n°119, *New York, Columbia University Press*.
- Grossman M. (1972), « On the concept of health capital and the demand for health », *Journal of Political Economy*, vol. 80, n°2, 223-255.
- Grossman M. (1975), « Joint production in the household », miméo, *NBER et New York City University*.
- Hey J.D. et McKenna C.J. (1981), « Consumer search with uncertain product quality », *Journal of Political Economy*, vol.89, (1), p. 54-66.
- Labourdette A. (1988), *Economie de la santé*, Presse Universitaire de France.
- Lancaster K.J. (1966), « A new approach to consumer theory », *Journal of Political Economy*, vol. 74, p. 132-157.
- Laffont J.J. (1985), *Cours de théorie micro-économique*, vol. 2, « Economie de l'incertain et de l'information », Economica.
- Lafarge H. (1988), « les approches de la demande en économie de la santé », *Revue d'Economie Politique*, 98(4), p.447-458, juillet-août 1988.
- Le Pen C. (1988), « Demande de soins, demande de santé », *Revue d'Economie Politique*, 98(4), p.458-470, juillet-août 1988.
- Lévy E. (1988), « Demande de santé et induction par l'offre », *Revue d'Economie Politique*, 98(4), p.471-479, juillet-août 1988.
- McKenna C.J. (1986), « Theories of individual search behaviour », *Bulletin of Economic Research*, vol. 38:3, p. 189-207.
- Mizrahi A. (1982), *Le profil économique et sociologique du malade français*, CREDOC.
- Mougeot M. (1989), *Le système de santé*, Economica.
- Mougeot M. (1989), *Economie du secteur public*, Economica.
- Muurinen J.M. (1982), « Demand for health : a generalized Grossman model », *Journal of Health Economics*, vol. 1, p. 5-28.
- Newhouse J.P. et Phelps C.E. (1974), « Price and income elasticities for medical care services », in Perlman, 1974, 139-161.
- Newhouse J.P. et Phelps C.E. (1976), « New estimates of price and income elasticities for medical care services », in Rosett (ed.), 1976, 313-320.
- Newhouse J.P. (1981), « The demand for medical care services : a retrospect and project », in Van der Gag et Perlmann (eds), 1981, p. 85-102.
- Rochaix L. (1990), « Adjustment mechanisms in physicians' services markets », Thesis for PhD, University of York.
- Rösch G. (1973), *Economie médicale*, Flammarion.
- Rosett R.N. et Huang L.F. (1973), « The effect of health insurance on the demand of medical care », *Journal of Political Economy*, vol.81, n°2, p. 281-305.
- Ross S. (1973), « The economic theory of agency. the principal's problem », *American Economic Review*, vol. 63, p. 134-139.

- Silver M. (1970), « An economic analysis of variation in medical expenses and work-loss rate » in Klarman (ed.), 1970, p. 121-140.
- Simon H.A. (1976), « From substantive to procedural rationality », in Latsis ed., *Method and appraisal in economics*, Cambridge University Press.
- Stano M. (1987), « A further analysis of the physician inducement controversy », *Journal of Health Economics*, vol. 6, n° 3, p. 227-238.
- Stigler G.J. (1961), « The Economics of Information », *Journal of Political Economy*, vol. 69, p. 213-25.
- Van de Ven W. et Van der Gaag J. (1982), « Health as an unobservable : a MIMIC model of demand of health care », *Journal of Health Economics*, vol. 5, p. 195-233.
- Williams A. (1975), « Need as a demand concept (with a special reference to health) » in Culyer (ed.), 1975, p. 60-76.
- Yett, D.E. (1978), « Comment » [sur Sloan et Feldman], in Greenberg (ed.), p. 132-155.