



HAL
open science

La théorie économique à l'épreuve de la covid-19. Une lecture d'économie politique de la santé

Philippe Batifoulier, Bruno Boidin, Jean-Paul Domin, Amandine Raully

► To cite this version:

Philippe Batifoulier, Bruno Boidin, Jean-Paul Domin, Amandine Raully. La théorie économique à l'épreuve de la covid-19. Une lecture d'économie politique de la santé. Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs, 2021, 29, 10.4000/regulation.20115 . hal-03296900

HAL Id: hal-03296900

<https://hal.science/hal-03296900>

Submitted on 1 Feb 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

La théorie économique à l'épreuve de la Covid-19. Une lecture d'économie politique de la santé

Philippe Batifoulier, CEPN (UMR 7234) Université Sorbonne Paris Nord

Bruno Boidin, CLERSÉ (UMR 8019) Université de Lille

Jean-Paul Domin, REGARDS (EA 6292) Université de Reims Champagne-Ardenne et CEPN (UMR 7234)

Amandine Raully, REGARDS (EA 6292) Université de Reims Champagne-Ardenne

Résumé : L'objectif de cet article est de montrer que la crise de la Covid-19 n'est pas seulement pandémique. Elle est également celle dont l'économie *mainstream* pense la santé, dans ses différentes dimensions, et par voie de conséquence comment le politique considère la santé. La crise sanitaire de la Covid-19 est une crise totale et multidimensionnelle. Les questions de santé doivent être considérées comme des questions de société et le droit fondamental que constitue la santé ne peut être réduit à une simple application des catégories usuelles de l'analyse néoclassique.

Abstract: *The objective of this article is to show that the Covid-19 crisis is not only pandemic. It is also the one in which the mainstream economy thinks about health, in its different dimensions, and consequently how politics considers health. The Covid-19 health crisis is a total and multidimensional crisis. Health issues must be seen as social issues and the fundamental right to health cannot be reduced to a mere application of the usual categories of neoclassical theory.*

Introduction¹

L'apparition et le développement du nouveau coronavirus a profondément marqué l'année 2020 à travers le monde : au 8 octobre, plus de 36 millions de cas ont été détectés et 1 056 493 personnes sont décédées (dont 32 445 en France). Les urgences hospitalières sont le révélateur de l'ampleur de la crise. En France, Entre le 24 février et le 17 septembre 2020, 209 566 personnes sont passées aux urgences pour des raisons liées à la Covid-19 et parmi elles, 116 420 ont été hospitalisées. Contrairement à ce qu'ont pu affirmer certains commentateurs pendant la grève des services d'urgences mi-mars 2020 : les malades qui fréquentent ce type de services ne le font pas par plaisir, mais bien pour recevoir un soin. Les pays du Sud ne sont pas épargnés par la Covid-19, faisant craindre des conséquences économiques et sociales majeures. En Afrique, la pandémie s'est accélérée en juin 2020 (les 100 000 premiers cas ont été recensés en 98 jours, tandis que la barre des 200 000 n'a été atteinte qu'en 18 jours).

À l'échelle mondiale, l'évolution de la pandémie frappe par son imprévisibilité et sa résurgence dans certaines régions, c'est le cas en Europe. Le retour à la vie « normale », largement dictés par des objectifs économiques à court-moyen terme (relance de la croissance, maintien du niveau de l'emploi, stabilisation des budgets publics, ...) semble déconnecté des enjeux de santé publique.

Depuis le début des années 1990, à travers le monde les politiques de santé évoluent et s'alignent sur l'approche *mainstream* (Batifoulier, Domin et Gadreau, 2007). D'abord, les pouvoirs publics ont organisé un retrait de l'assurance maladie obligatoire (au motif que celle-

¹Nous remercions Nicolas Da Silva pour ses commentaires et suggestions sur une première version de ce texte. Nous remercions également les deux rapporteurs anonymes de la revue dont les remarques ont permis d'améliorer le texte.

ci encouragerait les comportements stratégiques des assurés sociaux) et ont favorisé un transfert de la dépense d'une part vers l'assurance maladie complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance) et d'autre part vers le reste à charge des ménages. Ensuite, une politique de réduction budgétaire a été introduite à l'hôpital public par la mise en place d'un nouvel outil, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) auquel s'est associé un nouveau mode de financement, la tarification à l'activité (T2A). Dans les pays du Sud et en particulier l'Afrique, des logiques similaires sont à l'œuvre depuis les années 1980, avec la promotion de l'assurance privée dans un contexte d'ajustement structurel, le laisser-faire concernant le développement d'une offre de soins privée lucrative, la mise en œuvre du paiement à la performance dans les structures publiques sous l'impulsion de la Banque mondiale et des adeptes du *new public management*.

L'objectif de ce travail est de montrer que la crise est aussi celle de la représentation politique de la santé. La façon dont la crise s'est développée et a été gérée questionne la façon dont l'économie *mainstream* pense la santé dans ses différentes dimensions. En 2015, la *Revue de la Régulation* a publié un numéro collectif pour souligner à quel point les questions de santé sont des grandes questions de société. Or, parce qu'elle est une crise totale et multidimensionnelle, la crise sanitaire montre que les questions de santé doivent être considérées comme des questions de société. Qu'elle soit définie comme un fait social total ou comme un droit fondamental, la (bonne) santé ne peut être réduite à une simple application des catégories usuelles de l'analyse néoclassique. Cet article met en évidence qu'en tant que fait social total, la santé et les phénomènes de santé publique doivent être étudiés avec des outils plus complets que ceux de la théorie *mainstream* ; mais aussi, qu'en tant que droit fondamental, la santé s'affranchit en partie des contraintes budgétaires classiquement opérantes pour des activités de consommation courante. Nous nous appuyons dans ce texte sur les travaux en économie politique de la santé mettant en avant les institutions et les valeurs qui animent le secteur (Batifoulier, Da Silva et Domin, 2018 ; Davis et McMaster, 2017). Nous n'abordons pas les analyses d'économie politique de la santé privilégiant l'encastrement de la santé dans l'univers capitaliste.

Nous organiserons notre propos en deux temps. Nous examinerons d'abord les relations complexes entre la théorie économique *mainstream*, la santé et le politique. Si d'une part la crise de la Covid-19 met en évidence l'impossibilité pour l'économie comme science à analyser la santé autrement qu'au travers du prisme micro-économique *mainstream*, celle-ci est considérée d'autre part comme extérieure à l'économie (1). Ensuite, nous verrons que cette pandémie a mis en évidence la nécessité de sortir de l'approche *mainstream* en matière de santé pour sortir de la crise (2).

1. L'économie, la santé et le politique

L'apparition de la Covid-19 a mis en évidence les béances entre la vision *mainstream* de la santé et la façon dont elle est vécue par les populations (1.1). Dans le même temps, les réponses politiques à la pandémie soulignent le fait que la crise est considérée comme purement sanitaire et donc extérieure à l'économie (1.2).

1.1. La crise comme manifestation de l'impossibilité de l'économie *mainstream* à penser la santé

Par ses centaines de milliers de morts, par la menace qu'elle fait peser rapidement et massivement, la crise sanitaire apparaît extraordinaire. Mais elle fait apparaître des évidences ou des régularités que la situation ordinaire avait tendance à masquer : le malade de la Covid-19 n'est pas *l'homo œconomicus* invincible, qui n'a pas de naissance et pas de mort. Il n'y a

rien de commun entre le malade inquiet et le consommateur clairvoyant de l'approche *mainstream* (Davis et McMaster, 2007). Aussi, l'économie de la santé ne peut être réduite à une série de questionnements techniques où les caractéristiques sanitaires ne sont que des imperfections par rapport à un modèle de base.

La pandémie ébranle la théorie de référence du capital santé selon laquelle le patient peut enrayer la dépréciation de son stock de santé en vertu d'un simple calcul coût-bénéfice. Les morts de la Covid-19 n'ont pas choisi la date de leur décès en vertu d'un modèle qui maximise le capital santé sous contrainte de coût. Au contraire, avec la pandémie, on constate que la demande de soin présente le plus souvent un caractère involontaire et ne peut être assimilée à un simple désir. Le soin de santé ne correspond pas à un « achat plaisir » comme certains biens de consommation courante. En matière de santé tout particulièrement, les individus ne peuvent être réduits à des machines à plaisir ou des maximisateurs d'utilité (Hodgson, 2013).

L'économie de la santé s'est beaucoup développée, mais est restée prisonnière des hypothèses fondamentales de la théorie *mainstream*. S'il est clair que la santé n'est pas une marchandise, le marché reste la référence. Le modélisateur cherchera alors à identifier et à lever les obstacles à sa construction : développer le pouvoir de consommateur du patient pour faire jouer la concurrence, rétablir la vérité des prix pour envoyer les bons signaux. Si patient et médecin ne se conduisent pas comme le prédit la théorie du choix rationnel, il convient néanmoins d'identifier le bon jeu d'incitations qui les amènera à limiter leur opportunisme.

La crise sanitaire de la Covid-19 rappelle que ces hypothèses de la théorie *mainstream* servent de caution scientifique aux décisions politiques contemporaines. La crise sanitaire révèle alors qu'en restant enfermés dans ce noyau dur, l'économie de la santé *mainstream* s'est éloignée de ce qu'elle prétend étudier et le politique ce qu'il prétend protéger : la santé. Pourtant, de nombreux avertissements ont été formulés. Dans un article considéré comme fondateur de l'économie de la santé, Arrow (1963) a mis en garde contre l'application mécanique du calcul rationnel à un domaine comme la santé, dominé par des « conventions sociales » et des « institutions de la confiance » qui limitent l'opportunisme des acteurs. L'article d'Arrow, si souvent cité, témoigne de la façon dont un raisonnement microéconomique qui ne livre pas les conclusions attendues peut être écarté pour privilégier les travaux qui sont davantage dans la norme du *mainstream*². De même Reinhardt (1989) a exprimé la crainte que l'application des outils usuels de l'économie *mainstream* à la santé conduise aux mêmes résultats que le passage d'un « éléphant dans un magasin de porcelaine ». Mark Blaug (1998, p. S65) a résumé les appréhensions : *“health economics would seem to be a perfect topic for heterodox dissent ... health economics is a field which must make the average neoclassical economist squirm because it challenges his or her standard assumptions at every turn”*.

La crise sanitaire de la Covid-19 est en partie la manifestation de la surdité de l'économie de la santé *mainstream* aux caractéristiques les plus élémentaires de la maladie, du patient et du soignant.

1.2. Gestion de crise : la santé extérieure à l'économie ?

À l'aune des théories économiques *mainstream*, la crise est considérée comme purement sanitaire et donc extérieure à l'économie. Chercher des causes endogènes mettrait en péril la construction sociale des croyances économiques et la légitimation des politiques de santé. Unique élément perturbateur de l'équilibre macroéconomique, la pandémie est perçue comme

² Ce sont les travaux de Mark Pauly (1968), clairement opposés à ceux de Kenneth Arrow (1963) qui deviendront l'alpha et l'oméga de la théorie de l'assurance santé *mainstream*.

un choc exogène à l'économie qui subit la santé. La crise qui en a découlé n'est que la conséquence de l'agression virale et non de l'économie elle-même.

Les réponses politiques à la crise sont aussi l'expression du caractère exogène de la santé. Quand les mesures de confinement apparaissent trop restrictives et menacent l'activité économique, la politique publique se doit de sacrifier un peu de santé pour faire repartir ou ne pas faire sombrer l'activité économique. Les stratégies de confinement et de déconfinement en constituent un exemple éclairant : elles répondent alors à l'objectif de proportionner la perte en vies humaines aux dégâts causés par la perte d'activité économique. Un paramètre essentiel de la pandémie, le R_0 qui mesure le nombre de personnes à qui un humain infecté peut transmettre la maladie, doit descendre sous la barre de l'unité (une personne infectée pour un malade). Or, il faudrait des mois, selon les données épidémiologiques, pour que l'immunisation collective soit effective. L'activité économique s'effondrerait encore plus et les conséquences sociales et psychologiques et sanitaires seraient insoutenables.

Il convient alors d'échanger de la santé (et des possibilités de contamination) contre de l'activité économique et choisir le bon niveau du curseur en fonction d'un calcul coût-bénéfice savant. Certains travaux identifient une politique optimale de confinement qui permet de sauver un demi-million de vies aux États-Unis, mais augmente la gravité de la récession (Eichenbaum, Rebelo et Trabandt, 2020). Une telle conception s'inspire d'une extension du calcul économique à la vie humaine. Vouloir donner un prix à la vie humaine pour pouvoir calculer et dévoiler ce que coûte à la société une vie sauvée est une activité très ancienne. Elle vise à « rationaliser les choix budgétaires » et le plus souvent (mais pas uniquement) à faire des économies budgétaires (Gadreau, 1978). La valeur de la vie humaine est mobilisée non plus pour choisir entre des projets publics, mais arbitrer entre divers objectifs de la politique économique en temps de pandémie. Indéniablement, le coût compte et le calcul de la valeur de la vie humaine est justifié par les indemnités qu'elle permet d'obtenir pour les victimes.

Avec les approches inspirées du « capital humain », la valeur de la vie humaine se réduit à la somme des revenus du travail. Mais, si on calcule le préjudice en années de revenus perdus, la vie des Américains du nord a plus de valeur que celle des Européens et beaucoup plus que celle des Africains. La vie des femmes vaut moins que celle des hommes et les métiers à forte utilité sociale les plus exposés et les plus salués pendant la crise (infirmiers, caissiers, éboueurs, ...) ont moins de valeur que les métiers de la finance. Des approches plus sophistiquées prennent en compte le prix que les individus sont prêts à payer pour réduire leur probabilité de mourir, qui peut être indicé sur le cours de l'absence de souffrance (le malade est prêt à payer plus cher pour ne pas souffrir). Ce qui avantage là aussi les plus aisés et ne tient pas compte de l'utilité sociale.

Dans toutes ces configurations, la santé est échangeable avec de l'activité économique. On peut échanger volontairement l'un contre l'autre et le calcul économique va instruire la forme que va prendre le contrat. Si le calcul coût-bénéfice est défavorable, sauver des vies n'est pas nécessaire. La santé est toujours perçue comme exogène à l'économie. Fidèle à un raisonnement économique instrumental, la « bourse ou la vie » (ici au sens historique du terme) n'est pas une affaire de contrainte, mais de transaction volontaire et de logique contractuelle éclairée par le calcul économique. Cette conception technique évacue la délibération politique. Or, la construction historique des systèmes de protection santé n'est pas le fruit du calcul, mais de la nécessité sociale et des luttes sociales. Il n'y aurait pas eu de Sécurité sociale en 1945 s'il avait fallu s'en remettre au calcul coût-bénéfice dans un pays ruiné par la Guerre (Da Silva, 2020).

En Afrique, la construction de l'État social dans les années 1960 et 1970 suit également une logique indépendante des conceptions technicistes des biens publics et a abouti à fonder des systèmes de santé et de protection sociale. Mais, ces derniers n'ont protégé que les

fonctionnaires et les salariés du secteur officiel, dans des régimes politiques souvent orientés vers l'extorsion de la rente par les factions au pouvoir. Dans les années 1980 et 1990, la santé est affirmée comme un bien public sous la pression des bailleurs de fonds, mais dans une perspective de retrait public du secteur de la santé, laissant les services privés se développer. Le retour des acteurs publics dans les années 2000, en particulier la promotion de la couverture santé universelle, est facilitée par la conception de la santé comme bien public mondial portée par l'Organisation des Nations Unies. Mais, le sous-investissement public dans les systèmes de santé est le corollaire de l'ambiguïté de la notion de bien public mondial qui favorise le modèle quasi-marchand et l'initiative volontaire. Ainsi, le développement des mutuelles de santé est censé se faire sur la base d'adhésions volontaires et du bénévolat. Les échecs de ces principes sont reconnus depuis quelques années et débouchent, dans certains pays, sur un retour de la contrainte publique (adhésion obligatoire) et sur la professionnalisation des mutuelles (Ridde, Abena Asomaning, Boidin, Chemouni, Hane et Touré, 2018). La construction des systèmes de santé et de protection sociale résulte donc bien des luttes entre des paradigmes différents et des alignements plus ou moins forts des pouvoirs publics locaux sur les visions importées (Boidin, 2018).

De plus, l'indépendance de la santé et de l'économie est contestable. La littérature a montré que non seulement santé et économie ne sont pas des mondes étanches mais que le type de politique économique avait une forte influence sur l'état de santé. Alors qu'une étude de référence (Ruhm, 2000) avait tenté de montrer que les récessions pouvaient être bonnes pour la santé en baissant les revenus (et donc la consommation de tabac et d'alcool) ou en libérant du temps pour se soigner, de nombreux travaux ont contesté cette vision pour souligner l'impact négatif de la perte d'emploi sur la santé, du fait de la baisse de la prévention, de la hausse des inégalités sociales de santé, de la réduction de couverture qui menace l'accès aux soins en particulier pour les plus précaires (Jusot, 2012).

À partir du constat que la crise économique de 2008 a eu moins d'effets négatifs sur la santé que les politiques d'austérité qui ont été menées à la suite (Math, 2014), le débat s'est déporté sur le rôle du type de politique économique. Une littérature venant de l'épidémiologie et de la santé publique a montré que le chômage (Meneton, Kesse-Guyot, Méjean, Fezeu, Galan, Hercberget et Ménard, 2015), le développement des inégalités (Wilkinson, 2010) et les politiques de restrictions budgétaires (Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts et McKee, 2009) pouvaient avoir un effet négatif sur la santé. À partir d'une méthodologie empruntée au régime de preuve en médecine, Stuckler et Basu (2014) ont montré que si la relance peut sauver des vies, « l'austérité tue ». Da Silva (2018) a dressé un inventaire des nombreux terrains empiriques qui étayaient cette thèse. En Afrique, les inégalités générées par les plans d'ajustement structurel et par les politiques publiques axées sur la prédation des ressources au profit de l'élite politique ont eu des effets dévastateurs sur la santé des populations, non seulement de façon directe (accès aux soins réservés aux catégories sociales supérieures), mais également de façon indirecte (effets de la vulnérabilité des conditions de vie sur le renoncement aux dépenses de santé) (Commission on social determinants of health, 2008 ; Houéto et Valentini, 2014).

La crise de la Covid-19 est une manifestation que les politiques d'austérité, à l'hôpital en particulier, peuvent causer des morts. À l'inverse, les mesures de « relance » prises soit au niveau européen soit par des gouvernements nationaux (en particulier sur le chômage partiel) même quand elles sont timides (sur les *minima* sociaux) ont rappelé que la dépense publique peut enrayer l'effondrement des revenus et la dégradation des conditions de vie qui détérioreraient inévitablement l'état de santé.

Il n'y a pas de raison d'opposer l'activité économique à la santé des populations, mais cela nécessite alors de prendre du recul vis-à-vis des théories économiques *mainstream*.

2. Changer la politique de santé nécessite de sortir du mainstream

La Covid-19 a mis en évidence une crise de l'économie incapable de penser la dépense de santé autrement que comme le résultat de comportements opportunistes des agents (2.1). Dans ces conditions, le monde d'après ne pourra émerger qu'en sortant la santé de la logique du *mainstream* (2.2).

2.1. La crise de l'économie de la santé

Une autre grille de lecture de la crise de la Covid-19 est possible. Toutefois, elle nécessite non seulement de sortir du cadre des théories *mainstream*, mais également de questionner leur rôle dans l'émergence de la crise sanitaire et de ses suites. Le problème à résoudre a souvent été résumé par un raccourci cognitif très efficace se présentant sous forme d'un graphique opposant un pic abrupt de malades sans mesure de confinement et une courbe plus aplaniée et allongée dans le temps avec les mesures de confinement.

L'avantage de la seconde courbe est qu'elle reste administrable par le système de santé dont la capacité d'absorption est représentée par une droite. Celle-ci est considérée comme une donnée naturelle et intangible. Pourtant, si elle était au-dessus du pic de malades, il n'y aurait plus de problème. Aussi, la droite reflète les insuffisances du système de santé et la pénurie de matériel et de soignants. Cette pénurie est imputable au dénigrement de la dépense publique et aux choix d'austérité, en particulier pour satisfaire les marchés financiers (Streeck, 2018). La France s'est signalée par des faibles niveaux de lits de réanimation, le manque de respirateurs, de tests de dépistage, de masques chirurgicaux et de masques, notamment FFP2 relativement plus protecteurs. La réduction du nombre de lits de soins aigus constitue un exemple caractéristique de la politique mise en œuvre (Gonzalez, Roussel, Héam, Mikou et Ferretti, 2018). Entre 2006 et 2016, la diminution a été bien plus importante en France (-13,8 %) qu'au sein de l'Union européenne (-9,5 % UE 15 hors Royaume-Uni).

Les lacunes dans la capacité d'absorption des malades par les systèmes de santé sont encore plus flagrantes en Afrique comme l'a déjà montré l'épidémie Ebola : appliquer des mesures de distanciation sociale est une solution clé en main, supposée universellement efficace, mais particulièrement inégalitaire. En effet, non seulement les populations les plus mal loties (quartiers péri-urbains surpeuplés et insalubres) ne peuvent tout simplement pas appliquer la distanciation sociale, mais elles n'ont de toute façon qu'un accès très limité aux services publics de santé de base qui ont été négligés depuis plusieurs décennies. L'aplanissement de la courbe des nouveaux cas ne change donc rien à la situation des plus pauvres : ni avant, ni pendant la crise sanitaire ils ne voient leurs conditions d'accès s'améliorer.

La façon dont le système de santé est conçu a favorisé le développement de la crise. Rendre les respirateurs et autres équipements abondants se heurte à la politique de réduction des capacités hospitalières mise en œuvre depuis le début des années 1990 (Domin, 2013) et que le développement de la pandémie a mis en lumière. Satisfaire les revendications des soignants pour plus de moyens se heurte à la conceptualisation théorique dont ils font l'objet et aux choix politiques du marché. L'économie de la santé *mainstream* n'est qu'une théorie de l'application. Elle applique son analyse au domaine de la santé en tentant de gérer ses spécificités.

D'une part, d'un point de vue microéconomique, le médecin est un agent économique comme un autre, pouvant exploiter un vaste différentiel d'informations à des fins personnelles, comme dans n'importe quelle relation d'agence. Du fait d'un savoir inaccessible au patient comme au régulateur, le médecin peut prescrire des soins au-delà des nécessités exigées par

l'état de santé du patient. Pour combattre cette faculté perverse d'induction de la consommation médicale, il faut enrayer son pouvoir discrétionnaire en limitant les moyens dont il dispose (lits, respirateurs, équipements, ...). Il faut aussi limiter le nombre de médecins lui-même et organiser la pénurie. Comme dans d'autres domaines, l'économie de la santé *mainstream* reconnaît l'existence d'un altruisme du médecin, mais il est réduit à un altruisme instrumental et à une interdépendance des fonctions d'utilité. Quand le médecin est soucieux de son patient, c'est dans le cadre de la maximisation de sa propre utilité, ce qui conduit à l'incapacité de produire des recommandations de politique publique (Batifoulier et Da Silva, 2014).

Cette vision anthropologique, largement diffusée chez les économistes, tranche en France avec la reconnaissance pour les soignants dont a fait preuve la population en applaudissant tous les soirs. Le fait de vouloir ramener le soin de santé à une simple variante d'un modèle standard totalement inadapté ignore la réalité du besoin de santé. La dimension éthique du travail médical semble peu contestable et elle est la source de l'empathie dont la société fait preuve envers la profession. En Afrique, les mobilisations populaires comme les expertises bénévoles, les cartographes et géographes se mettant à la disposition du ministère de la Santé, les tailleurs organisés pour la fabrication de masques (Ridde et Ba, 2020), visent à appuyer les services de santé et leurs personnels, alors qu'ils subissent de plein fouet toutes les crises sanitaires en étant les plus exposés aux virus.

D'autre part, les modalités de lecture des comptes de la santé sont également des pistes explicatives à la situation de crise. Sous couvert de neutralité et d'objectivité, les agrégats gouvernent les politiques de santé. L'ONDAM représente le plafond des dépenses fixé annuellement. Deux principaux indicateurs sont scrutés par les économistes *mainstream*. La Consommation des Soins et Biens Médicaux (CSBM) d'abord, qui est toujours rapportée à la part du PIB qu'elle représente. La Dépense Courante de Santé (DCS) ensuite, dont l'enjeu est de savoir qui paye pour la santé et dans quelle proportion (Sécurité sociale, État et collectivité, organismes complémentaires d'assurance maladie, ménages). La santé doit alors réussir une prouesse de produire des richesses, tout en limitant les dépenses et investissements publics.

Pour ce faire, l'hôpital public et sa comptabilité ont été placés sous surveillance. Car le soignant hospitalier n'est pas considéré comme un agent qui produit du soin, mais comme un individu qui dépense de l'argent public. Son savoir est la porte ouverte à toutes les dépenses que le corps médical justifiera au nom des nécessités médicales mais que le management contestera au nom des contraintes budgétaires. Les *cost killers* de l'hôpital pistent les prescriptions. Les prix de revient sont ceux qui intéressent le plus les gestionnaires hospitaliers et les tableaux comptables font apparaître que 80 % des dépenses hospitalières sont des dépenses de personnels au début des années 2000 (Bellay, 2018). Les gouvernements vont alors réduire les personnels et les maintenir dans une sous rémunération chronique. Pour être toujours en flux tendus, l'organisation hospitalière va faire la chasse aux lits vides qui vont tellement manquer. Comme l'a rappelé Milton Friedman (1970), la seule responsabilité sociale de l'entreprise est de faire du profit. La transformation de l'hôpital en entreprise (Domin, 2015) va privilégier la rentabilité du soin sur les considérations de santé publique. Cette conception s'est avérée mortifère, au sens premier du mot.

La transformation du financement des hôpitaux publics, la tarification à l'activité (T2A), est caractéristique de cette évolution vers une logique de performance. Désormais, les établissements sont rémunérés à prix fixe pour un séjour. En d'autres termes, le dispositif envisagé est celui d'un mécanisme de concurrence par comparaison associé à un financement par pathologie. La théorie *mainstream* nous enseigne que c'est la seule solution pour inciter les établissements à être plus compétitifs (Shleifer, 1985). Dans les faits, cette nouvelle méthode a des conséquences sur les patients et les soignants. Pour les premiers, elle incite les hôpitaux à sélectionner les malades, à réduire la qualité des soins (notamment en renvoyant au plus vite

les malades chez eux) et à se spécialiser sur les disciplines les plus rentables. Pour les seconds, elle accélère la dégradation des conditions de travail et favorise l'accroissement des contraintes de rythme (Benallah et Domin, 2018).

Dans cette logique comptable, la coordination des soins entre ville et hôpital n'est vue que comme un moyen de vider les hôpitaux et de transférer en ambulatoire ce que l'hôpital ne peut plus faire faute de moyens. Le flux est toujours préféré au stock. La télémédecine a été considérée comme salutaire dans cette optique. L'hôpital sélectionne les pathologies rémunératrices, notamment en chirurgie, et le « virage ambulatoire » doit permettre d'organiser une prise en charge hors de l'hôpital pour le reste, principalement pour la gériatrie et les soins de suite. La télémédecine se développe, notamment en EHPAD et en maison de santé. Si cette pratique est plébiscitée c'est non seulement parce qu'elle permettrait de faire disparaître les déserts médicaux et de soutenir l'industrie de pointe, mais également parce qu'elle opère un transfert de charges de l'Assurance maladie obligatoire vers les ménages et les complémentaires santé (Domin et Raully, 2019). En parallèle, elle favorise le développement d'une médecine à deux vitesses, laissant faire le marché. Les malades qui ont les moyens de se payer une téléconsultation ont accès immédiatement à des soins de qualité. Les autres sont confrontés à une autre dimension que le *mainstream* ignore, celle de l'espace géographique, et doivent attendre leur tour et/ou se rendre dans un centre médical éloigné de leur lieu de vie, favorisant ainsi la renonciation aux soins.

2.2. Sortir de la crise en prenant ses distances avec le *mainstream*

La Covid-19 a rappelé l'utilité sociale de l'hôpital, au moins dans les discours. Hier comme aujourd'hui, l'hôpital public a été plébiscité, car le service public reste la clef de voûte de la défense de la santé, comme bien primordial. Pour pointer les inefficacités, les théories économiques de la bureaucratie et de l'agence comparaient systématiquement l'hôpital public, appréhendé sous un angle purement pragmatique avec un secteur privé considéré uniquement sous un angle théorique.

Dans un cas il y a des inefficacités, dans l'autre, il ne peut pas y en avoir. Aujourd'hui, avec la critique de l'hôpital entreprise, ce sont les fondements de l'hospitalisation privée qui sont interrogées pour répondre à la crise sanitaire. Quand la vie est en danger, la concurrence joue en faveur de l'hôpital public. L'hôpital privé a rendu des services quand il s'est conduit comme un hôpital public en renonçant à sa logique de rentabilité. Cette évolution va à rebours des logiques de privatisation de l'hospitalisation impulsée par le nouveau management public. L'Irlande a même nationalisé ses hôpitaux privés et l'Espagne et l'Italie ont engagé un mouvement analogue. L'Allemagne et les Pays Bas ont contrôlé plus activement la facturation des établissements privés.

Dans les pays du Sud où le secteur privé fournit une très grande part des soins de santé, les gouvernements comme ceux de l'Afrique du Sud, d'Inde ou du Maroc cherchent à réorienter les infrastructures du privé. En Afrique au sud du Sahara, après une tentative de recouvrement des coûts des services de santé publics par les usagers (politique mise en œuvre pour tous les pays africains membres de l'OMS), les échecs de cette vague de réformes ont conduit à réintroduire dans presque tous les pays la gratuité des soins de base pour les indigents, la gratuité ciblée pour certaines catégories (personnes âgées, femmes enceintes) ou certains actes (césarienne, traitement contre le VIH, ...). En Afrique de l'Ouest, le cas du Burkina Faso, du Sénégal, de la Côte d'Ivoire, du Bénin et du Mali est emblématique. Mais ces politiques de gratuité demeurent insuffisantes face aux lacunes criantes des services de santé, conséquence du sous-investissement accumulé depuis des décennies. La promotion de la santé

communautaire³, lancée depuis les années 1980 en parallèle de la remise en cause de l'action publique, n'a pas tenu ses promesses et le retour des gouvernements comme véritables pilotes de la santé publique redevient un élément clé des programmes de santé.

Les théoriciens comme les gouvernants ont été désarçonnés par l'incertitude radicale qui est pourtant une notion très ancienne. Le risque qui était jusqu'à présent considéré comme endogène à la personne et imputable pour une large part à sa responsabilité individuelle est devenue exogène. La distinction entre petit et gros risque a volé en éclat parce que les personnes infectées par la Covid-19 peuvent tout aussi bien avoir des symptômes bénins que des complications très graves (sans parler de la convalescence qui semble dans beaucoup de cas très longue). La crise a montré que la prise de risque et l'exposition potentielle à la maladie relève de la nécessité sociale et non d'un comportement opportuniste. Ce sont le plus souvent les plus précaires, autres que les soignants, qui ont été contraints de déjouer le confinement. Or, les plus modestes sont aussi ceux qui sont le moins bien assurés, ce qui défie la conception standard selon laquelle, une couverture santé généreuse détruit l'effort de prévention (Pauly, 1968).

La tendance à s'en remettre à l'assurance privée et à développer son marché s'est alors fissurée. On ne voit pas en quoi l'avantage concurrentiel d'une assurance privée sur une assurance publique, à savoir l'internalisation du coût social du comportement de l'assuré par des primes d'assurance adaptées, pourrait être utile. L'assurance maladie a alors dû se positionner comme assurance totale en plaidant pour la gratuité du soin, contre toute la théorie économique *mainstream*. Un tabou a été brisé : l'arrêt de travail n'est plus l'expression de l'intérêt personnel et de l'instrumentalisation de la législation pour son seul plaisir. Le délai de carence a été supprimé alors que dans le même temps beaucoup de personnes sont allées travailler sans demander un arrêt de travail.

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et même l'Assurance médicale d'État (AME), considérés comme des dispositifs trop coûteux tout en encourageant l'assistanat ont été automatiquement prolongés de trois mois. Même aux États-Unis, une loi a été votée rendant gratuits les tests de dépistage à la Covid-19 et étendant les congés payés aux travailleurs diagnostiqués positifs ou en quarantaine⁴.

On a redécouvert que le défaut d'assurance n'est pas seulement un problème de santé individuel, mais aussi un obstacle à la santé publique quand l'impossibilité de se soigner a des effets externes négatifs (Chandra, Gruber et McKnight, 2010 ; Dourgnon, Jusot et Fantin, 2012). C'est aussi un problème de finances publiques parce que les soins différés sont aussi des soins majorés. Ces constats sont connus depuis longtemps mais l'économie *mainstream* a toujours mis en avant un raisonnement de marché selon lequel le patient achète davantage du soin quand il est peu cher. En rendant le soin plus cher, pour lutter contre l'aléa moral du patient, l'accès aux soins est sacrifié (Batifoulier, 2015 ; Nyman, 2007).

La pandémie a favorisé une augmentation des tarifs médicaux. Depuis le 11 mai 2020, la consultation médicale pour les malades du la Covid-19 est désormais facturée 55 euros pour reconnaître, selon les termes de l'assurance maladie, l'engagement des praticiens dans le dispositif. Le médecin est en mesure majorer le tarif : 25 euros (consultation au cabinet majorée) à quoi s'ajoutent 30 euros (consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique). Dans le même temps, toutes les téléconsultations, quel qu'en soit le motif, sont désormais prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie et pour tous les

³ Prise en charge au sein de communautés de services de santé essentiels de proximité, relevant principalement de la santé primaire et développés notamment en Afrique.

⁴ Le *Families First Coronavirus Emergency Response Act*, votée au congrès le 18 mars 2020.

patients (pas seulement ceux infectés de la Covid-19). Désormais, les téléconsultations peuvent être réalisées en utilisant n'importe quel moyen technologique, soit une application sécurisée, soit *via* un ordinateur équipé d'une caméra et relié à internet.

La crise de la Covid-19 a également favorisé la redécouverte des inégalités sociales de santé. Les sciences sociales et médicales ont depuis très longtemps mis en évidence l'existence d'un gradient social des états de santé selon lequel plus on s'élève dans l'échelle sociale, plus on est épargné par les problèmes de santé. Les maladies frappent le plus souvent et le plus durement les plus modestes, qui ont une espérance de vie plus courte (Blanpain, 2016) et qui sont aussi les moins couverts par leur assurance quand ils en ont une (connu sous le terme de « loi de l'accès inversé »). La pandémie, présentée au départ comme une fatalité biologique, s'est révélée être un problème politique et social. La maladie touche davantage les plus âgées mais le département le plus touché est la Seine-Saint-Denis, qui est l'un des départements les plus jeunes, mais où les inégalités sociales sont particulièrement saillantes. Les départements les plus denses et inégalitaires, faiblement pourvus en soignants sont ceux qui ont été le plus touchés par le coronavirus (Amdaoud, Arcuri et Levratto, 2020).

S'il existe aujourd'hui des travaux pertinents en économie de la santé sur les inégalités sociales de santé, ils sont récents. L'existence d'un déterminisme social est en effet totalement saugrenue dans le monde de la responsabilité individuelle, de l'aléa moral et du capital santé. C'est pourquoi la problématique a été ignorée par le *mainstream* qui assoit sa domination en décidant des questions qu'un économiste doit se poser pour appartenir à la profession.

Pourtant pour la majorité de la planète, c'est la question des inégalités qui modèle les problèmes de santé. Le cas des pays du Sud en est exemplaire. Se confiner et/ou télétravailler sont impossibles du fait des conditions de vie ou de l'importance du secteur informel. L'exposition à la contamination n'est pas un choix mais une nécessité. Comme c'est généralement le cas, les recommandations des pays riches aux plus pauvres sur la distanciation sociale ne tiennent pas compte des spécificités locales mais du besoin de sécurité des pays riches. Ces recommandations ne prennent pas non plus en compte les capacités populaires à s'adapter au contexte de crise sanitaire et à évacuer les consignes publiques tout en adoptant des comportements individuels plus efficaces que l'isolement social. Ainsi, bien que le port du masque soit très peu appliqué au Cameroun et au Sénégal, de nombreuses initiatives spontanées visent à prendre des mesures sanitaires adaptées au contexte local : nettoyage des rues par des jeunes, distribution de savons par des producteurs locaux, tournées de voitures privées diffusant des messages de prévention, actions de communication émanant des associations étudiantes (Ridde et Ba, 2020).

Conclusion

L'économie de la santé *mainstream* n'est pas responsable du développement de la pandémie, mais elle a contribué à aggraver les difficultés quand elle a été prise comme boussole par les gouvernements pour justifier les politiques d'austérité en matière de santé. La crise a mis en évidence le décalage entre cette vision de la santé et la façon dont elle est vécue par les populations. Appliquer sans ménagement le modèle néoclassique à un secteur qui contredit structurellement ses hypothèses de base ne conduit pas uniquement à des errements théoriques, mais aussi à des erreurs de politique économique. Or, on ne peut ignorer que la Covid 19 a été nommée SARS-CoV-2 et qu'il y a déjà eu une épidémie de SARS (Cov-1) et de nombreuses autres pandémies (H1N1, VIH, MERS-Cov, ...). Nous sommes dans une période où il va falloir vivre avec les épidémies du fait notamment de la destruction massive de la planète pour la recherche d'un profit de court terme (Coriat, 2020).

Puisqu'il faut se préparer, le monde d'après ne pourra émerger qu'en sortant la santé de la logique du *mainstream*. La première solution consisterait à désencastrer l'économie de la santé de l'économie *mainstream*. Pour cela, il faudrait cesser de considérer le malade comme un seul agent rationnel cherchant uniquement à maximiser son capital santé. L'idée selon laquelle la gratuité de la santé générerait une demande illimitée en constitue un exemple. Elle est fallacieuse, mais le discours sur le comportement opportuniste des assurés sociaux a depuis longtemps colonisé les débats sur la santé. Il faudrait ensuite relancer le débat démocratique sur ces questions. La démocratie sanitaire ne doit pas seulement être un vœu pieux. Elle doit être une réalité : la fermeture d'une maternité ou d'un service d'urgence ne concerne pas seulement les spécialistes, mais aussi les usagers de ces services publics.

Bibliographie

Amdaoud, M., Arcuri, G. et Levratto, N., (2020), *Covid-19 : analyse spatiale de l'influence des facteurs socio-économiques sur la prévalence et les conséquences de l'épidémie dans les départements français*, CNRS, Paris.

Arrow, K. J., (1963), « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *American economic review*, vol. 53, n° 5, p. 941-973.

Batifoulier, P., (2015), « Aux origines de la privatisation du financement du soin : quand la théorie de l'aléa moral rencontre le capitalisme sanitaire », *Revue de la régulation*, n° 17.

Batifoulier, P. et Da Silva, N., (2014), « Medical Altruism in Mainstream Health Economics: Theoretical and Political Paradoxes », *Review of Social Economy*, vol. 72, n° 3, p. 261-279.

Batifoulier, P., Da Silva, N. et Domin, J.-P., (2018), *Économie de la santé*, Armand Colin, Paris.

Batifoulier, P., Domin, J.-P. et Gadreau, M., (2007), « Chapitre introductif. Politique de santé : la grande transformation », *Économie appliquée*, vol. 60, n° 1, p. 5-36.

Bellay, J.-Y., (2018), « L'hôpital ou l'équilibre budgétaire impossible », *Esprit*, n° 7, p. 35-39.

Benallah, S. et Domin, J.-P., (2018), « Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital. Quelles évolutions entre 1998 et 2013 ? », *Travail et emploi*, n° 152, p. 5-31.

Blanpain, N., (2016), « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers », *INSEE Première*, n° 1584.

Blaug, M., (1998), « Where are we now in British health economics? », *Health economics*, vol. 7, n° S1, p. S63-S78.

Boidin, B., (2018), « Une couverture santé universelle sans politique intégrée de la santé est-elle possible en Afrique? », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2018 », *Revue française des affaires sociales*, vol. 72, n° 1, p. 85-105.

Chandra, A., Gruber, J. et McKnight, R., (2010), « Patient Cost-Sharing and Hospitalization Offsets in the Elderly », *American economic review*, vol. 100, n° 1, p. 193-213.

Commission on social determinants of health, (2008), *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*, World Health Organization, Geneva.

Coriat, B., (2020), *La pandémie, l'anthropocène et le bien commun*, Les liens qui libèrent, Paris.

Da Silva, N., (2018), « L'impact des conditions macroéconomiques sur l'état de santé », *Revue de l'IRE*, n° 91-92, p. 49-75.

Da Silva, N., (2020), « Le système de santé malade du Covid-19 ? Une approche d'histoire économique », *Contretemps*.

Davis, J. B. et McMaster, R., (2017), *Health care economics*, Taylor & Francis (Routledge), New York.

Davis, J. B. et McMaster, R., (2007), « The individual in mainstream health economics : a case of persona non-grata », *Health care analysis*, vol. 15, n° 3, p. 195-210.

Domin, J.-P., (2015), « Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013) », *Revue de la régulation*, n° 17.

Domin, J.-P., (2013), *Une histoire économique de l'hôpital (XIX^e-XX^e siècles). Une analyse rétrospective du développement hospitalier. Tome II (1945-2009)*, CHSS, La Documentation française, Paris.

Domin, J.-P. et Raully, A., (2019), « La transformation de l'assurance maladie complémentaire ou la construction coûteuse d'un marché réglementé », *Revue de droit sanitaire et social*, vol. 65, n° 5, p. 801-809.

Dourgnon, P., Jusot, F. et Fantin, R., (2012), « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Économie publique*, n° 28-29, p. 123-147.

Eichenbaum, M. S., Rebelo, S. et Trabandt, M., (2020), « The Macroeconomics of Epidemics », *NBER Working Papers* 26882.

Friedman, M., (1970), « The Social Responsibility Of Business Is to Increase Its Profits », *The New York Times*, p. 17.

Gadreau, M., (1978), « Note à propos de la valeur de la vie humaine », *Revue d'économie politique*, vol. 88, n° 2, p. 273-280.

Gonzalez, L., Roussel, R., Héam, J.-C., Mikou, M. et Ferretti, C. (eds), *Les dépenses de santé en 2017*, DREES, Paris, 2018.

Hodgson, G. M., (2013), *From pleasure machines to moral communities: an evolutionary economics without homo economicus*, University of Chicago Press, Chicago.

Houéto, D. et Valentini, H., (2014), « La promotion de la santé en Afrique : histoire et perspectives d'avenir », *Santé publique*, vol. 26, n° 1, p. 11-20.

Jusot, F., (2012), « Les récessions sont-elles vraiment mauvaises pour la santé ? », *Sève, Les Tribunes de la santé*, n° 36, p. 73-80.

Math, A., (2014), « La santé au péril de l'austérité », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, p. 22-52.

Meneton, P., Kesse-Guyot, E., Méjean, C., Fezeu, L., Galan, P., Hercberget, S. et Ménard, J., (2015), « Unemployment is associated with high cardiovascular event rate and increased all-cause mortality in middle-aged socially privileged individuals », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 88, n° 6, p. 707-716.

Nyman, J. A., (2007), « American health policy: cracks in the foundation », *Journal of health politics, policy and law*, vol. 32, n° 5, p. 759-783.

Pauly, M. V., (1968), « The economics of moral hazard : comment », *American economic review*, vol. 58, n° 1, p. 531-537.

Reinhardt, U., (1989), « Economists in health care: saviors or elephants in a porcelain shop ? », *American economic review*, vol. 79, n° 2, p. 337-342.

Ridde, V., Abena Asomaning, A., Boidin, B., Chemouni, B., Hane, F. et Touré, L., (2018), « Time to abandon amateurism and volunteerism: addressing tensions between the Alma-Ata principle of community participation and the effectiveness of communitybased health insurance in Africa », *British medical journal Global Health*, vol. 3, n° 3, p. 1-7.

Ridde, V. et Ba, M.-P., (2020), « La pandémie du Covid-19 vue d'Afrique », *Analyse, opinion, critique*.

Ruhm, C., (2000), « Are recessions good for your health ? », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 115, n° 2, p. 617-650.

- Shleifer, A., (1985), « A theory of yardstick competition », *Rand Journal of economics*, vol. 16, n° 3, p. 319-328.
- Streeck, W., (2018), *Du temps acheté. La crise sans cesse ajournée du capitalisme démocratique*, Gallimard, Paris.
- Stuckler, D. et Basu, S., (2014), *Quand l'austérité tue. Épidémies, dépressions, suicides*, Autrement, Paris.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. et McKee, M., (2009), « The Public Health Effect of Economic Crises and Alternative Policy Responses in Europe: An Empirical Analysis », *The Lancet*, vol. 374, n° 9686, p. 315-323 », *The lancet*, vol. 374, n° 9686, p. 315-323.
- Wilkinson, R., (2010), *L'égalité, c'est la santé*, Éditions Démopolis, Paris.