

La légende de la défaillance du marché dans la santé

MARC FOURADOULAS * • Juin 2020



Résumé

- Depuis les années 1960, les économistes néoclassiques légitiment la réglementation et la collectivisation du secteur de la santé en pointant du doigt une prétendue défaillance du marché. Leur analyse est basée sur un modèle de marché idéal, pour lequel certaines conditions doivent exister afin de fonctionner de manière optimale et efficace. Il s'agit notamment de l'existence d'une information parfaite, de biens homogènes, de la souveraineté des consommateurs, de l'absence d'externalités et du libre accès au marché.
- Contrairement aux hypothèses néoclassiques, les marchés ne sont jamais parfaits, mais à la recherche d'un optimum. Un équilibre est un instantané, le marché, lui, est un processus. La question est donc la suivante : l'absence de marché, c'est-à-dire un système de santé organisé par l'État, est-elle préférable à un marché libre avec ses incertitudes ?
- L'abandon généralisé des mécanismes de marché conduit inévitablement à de mauvaises incitations, à des structures rigides et à une bureaucratisation rampante. La spirale réglementaire, le lobbying et une augmentation des coûts sont les conséquences naturelles de ce genre de système. Il s'ensuit des tentatives de contrôle centralisées qui aboutissent finalement à un rationnement arbitraire.
- Les services de soins de santé constituent un ensemble hétérogène, disponibles en quantités, en qualités et en combinaisons variables. Au lieu de s'attarder sur la réglementation et l'équité d'accès à une vision imaginaire de la santé, il faudrait donc s'intéresser aux services et aux besoins spécifiques des patients, en sortant de l'approche collectiviste des prestations et de leur financement.

* L'auteur est spécialiste en médecine interne générale FMH et en médecine psychosomatique ASMPP. Il dirige son propre cabinet à Zurich.

Face à la maladie et à la souffrance, les marchés des services de santé seraient défaillants. Le concept de « défaillance du marché » sert de légitimation aux économistes néoclassiques pour la réglementation et la collectivisation de ce secteur depuis les années 1960. À partir de là, cette prétendue défaillance du marché sert de base à l'économie de la santé et constitue le fondement du développement, du maintien et de la réglementation des systèmes de soins de santé. Parallèlement à des principes éthiques répandus tels que l'équité d'accès ou le principe de solidarité, elle fait partie de la légitimation sous-jacente de l'intervention de l'État dans le secteur de la santé.

De son côté, la défaillance de l'État devrait être évitée, ou minorée, par des interventions politiques. Les modèles de l'économie de la santé et les résultats de la recherche (recherche sur les services de santé, études coûts-avantages) devraient servir de fondement à ces interventions. En tant qu'« ingénieurs sociaux », les économistes de la santé, ainsi que les politiciens, défendent cette vision technocratique d'un système de santé collectivisé. Les conséquences sont considérables. En raison de l'obligation de s'assurer, du contrôle des prix et du financement par des tiers des services et des prestations, l'ensemble du secteur est transformé en une économie bureaucratique.

Qu'est-ce qu'un système de santé ?

Les systèmes de santé sont par essence dynamiques, leur développement est imprévisible et leur complexité est à la fois ingérable et incontrôlable. L'abandon généralisé des mécanismes de marché avec la tarification comme signal d'information et d'allocation, conduit ainsi inévitablement à de fausses incitations, à des structures rigides et à une bureaucratisation croissante. Au lieu de l'ordre spontané du marché, un réseau chaotique de demandes et de contre-demands peu claires est créé. Les spirales réglementaires, le lobbying et l'explosion des coûts sont les conséquences classiques de ce genre de système. Il s'ensuit des tentatives de contrôle centralisées qui aboutissent finalement à un rationnement arbitraire.

La recherche en économie de la santé à l'attention de la politique, un secteur extrêmement réglementé, laisse beaucoup de place aux intérêts particuliers et prend inévitablement des caractéristiques d'économie planifiée. En fonction du système en place, le rôle du marché est maintenu marginalement sous la forme d'une concurrence réglementée. Toutefois, cette démarche ne repose pas sur la volonté des patients de payer, mais sur les diagnostics et les tarifs horaires des prestations, qui doivent être financés par des tiers, c'est-à-dire de façon collective. À mesure que le nombre de fournisseurs augmente, l'expansion des volumes et l'orientation vers les tarifs les plus lucratifs sont les conséquences inévitables de cette concurrence faussée.

Les discussions sur le système de santé dans une impasse

Les discussions des parties prenantes sur le sauvetage du système se terminent généralement sans résultat. Ni les médecins, ni les assureurs, ni le grand public n'ont intérêt à renoncer volontairement à leurs revendications. Malheureusement, l'étendue de ce que l'on entend par services de soins de santé reste souvent floue. De même, le concept de maladie est très rarement clairement défini. La médecine, avec sa compréhension biopsychosociale de la maladie, contribue malheureusement peu à clarifier cette question, car elle reste vague dans son application et se dispense d'une dimension économique.

Néanmoins, les discussions politiques sont fondées sur l'hypothèse qu'il existe une distinction nette entre les personnes en bonne santé et les personnes malades. Une fois le diagnostic établi, il légitime un traitement dit efficace, approprié et économique. La discussion se caractérise alors par une approche du « tout ou rien », en s'appuyant sur le diagnostic comme une évidence. Les économistes de la santé aiment citer des exemples d'interventions réparatrices simples telles que la chirurgie électorale (hystérectomie, chirurgie de la cataracte), les maladies rares (« maladie orpheline ») et les prix excessivement élevés des médicaments. Les experts en santé publique se réfèrent à des données métriques approximatives telles que les enquêtes de mortalité et de satisfaction pour mesurer et légitimer le système de santé dans sa forme collectivisée.

Malheureusement, avec cette approche, on perd de vue les problèmes réels : on se concentre sur la revendication de comprendre quelque chose d'incompréhensible et on oublie que la médecine est tout sauf une science exacte.

Que sont les services de santé ?

Les services de soins de santé constituent un ensemble hétérogène de biens et de services complètement différents, disponibles en quantités, en qualités et en combinaisons variables. Il ne s'agit pas d'une unité homogène.

D'autre part, il existe une toute aussi grande variété de prestataires, dont la seule caractéristique commune est un certificat délivré par une université d'État et une organisation professionnelle (par exemple la FMH), qui les autorise à facturer collectivement. Les médecins eux-mêmes sont tout sauf uniformes. Il suffit de regarder l'éventail croissant de disciplines spécialisées, de sous-disciplines et de certificats de spécialisation. Ce qu'est un « médecin » a été déterminé à l'avance par la profession médicale sous la forme de monopoles de formation et d'autorisation et n'est pas le résultat de processus de marché. Le jargon médical et les revendications de monopole empêchent le profane d'avoir une vision du contexte et des circonstances réelles de ces services. La discussion est donc faussée, car reposant sur une base artificielle imposée par les associations médicales et rend donc impossible d'anticiper les alternatives du marché.

Ainsi, au lieu de s'occuper de la réglementation et de l'équité d'accès à cette construction imaginaire, il faudrait s'intéresser aux services et aux besoins spécifiques de chacun. Des services aussi différents que le lavage d'oreille, la transplantation de reins et la psychothérapie ont-ils vraiment quelque chose en commun qui nécessite une réglementation et un financement collectiviste ? Il n'est pas utile d'unifier ces services très divers sous le couvert d'une « défaillance du marché ». En fin de compte, chaque décision entre les demandeurs et les fournisseurs d'un service fait suite à un « compromis » et possède donc sa propre explication « économique ».

La doctrine de la « défaillance du marché »

En ce qui concerne les soins médicaux (« medical care »), l'économiste américain Kenneth Arrow a décrit ce sujet pour la première fois en 1963¹. Il est le cofondateur de la théorie dite de l'économie du bien-être et de l'équilibre général. L'ensemble est basé sur un modèle de marché idéal pour lequel certaines conditions doivent être remplies afin qu'il fonctionne de manière optimale et efficace. Il s'agit notamment de l'existence d'une information parfaite pour la prise de décision (qualité et prix), de l'homogénéité des biens, de la souveraineté des consommateurs, de l'absence d'externalités ou encore du libre accès au marché.

Si ces conditions sont réunies, le marché serait pleinement concurrentiel. L'offre et la demande se rejoindraient et il existerait un équilibre général. Cependant, il s'agit là d'une théorie basée sur des dérivations mathématiques qui ne laisse aucune place au processus de marché dynamique, incertain et entrepreneurial. Si ces conditions ne sont pas remplies, il y aurait donc une « défaillance du marché », qui prétend légitimer l'intervention de l'État-providence.

Selon Arrow et la théorie économique de la santé, les conditions du marché idéal pour les services de santé et l'assurance maladie ne sont pas réunies. Il y aurait trop d'incertitudes, d'asymétries d'information et de réglementation de l'offre. Certaines de ces caractéristiques spécifiques sont énumérées ci-après pour une meilleure compréhension :

- Incertitudes concernant :
 - l'apparition d'une maladie (déterminée par le hasard) et l'efficacité d'une thérapie
 - la qualité du diagnostic
 - la nécessité de recourir aux services médicaux
 - le niveau des coûts

¹ https://web.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf

- les conséquences de la maladie, l'atteinte à l'intégrité personnelle de la personne concernée et la perte potentielle de sa souveraineté décisionnelle et de ses possibilités de revenus
- Asymétrie de l'information
 - avantage du médecin en termes de connaissances et d'expérience
 - comportement attendu du médecin
 - relation « mandant-mandataire » : le médecin conseille le patient et influence ainsi la demande
 - renoncement à l'intérêt personnel et à la recherche du profit pour se tourner vers une orientation désintéressée au bénéfice du « bien commun »
 - traitement basé sur des paramètres objectifs
 - relation basée sur la confiance, aucun test préalable de performance possible
- Réglementation de l'offre
 - licences d'exercice accordées par les universités et les associations professionnelles

Une réponse libérale : passer de la théorie à la réalité

Les modèles sont toujours des simplifications abstraites de la réalité. Sur le plan scientifique, cela peut être légitime. Il faut cependant se poser la question de leur avantage pour le monde réel. Or le modèle d'équilibre général est basé sur des équations mathématiques et ne tient pas compte de la complexité du comportement humain et des contraintes de la vie réelle. De même, aucun rôle n'est attribué à l'entrepreneur en tant qu'acteur pour surmonter ces obstacles.

En réalité, les marchés ne sont jamais parfaits, mais à la recherche d'un optimum. Un équilibre est un instantané, le marché, lui, est un processus. La question est donc plutôt : l'absence d'un marché, c'est-à-dire un système de soins de santé organisé par l'État, est-elle préférable à un marché libre avec ses incertitudes ? Une réponse du type « tout ou rien » en ce qui concerne la commercialisation de tous les services de santé n'est guère pertinente. De manière générale, le niveau élevé de réglementation de l'offre est reconnu, mais sans le remettre en question. Au contraire, il est considéré comme légitime en raison des asymétries d'information.

En principe, les incertitudes et les asymétries d'information sont précisément les conditions préalables aux marchés. Les avocats, les conseillers financiers ou d'autres spécialistes opèrent tous avec des incertitudes et des asymétries d'information. Le client se tourne vers eux par manque de connaissances et d'expérience. Dans le cas d'une information complète et de certitude, ces professionnels seraient superflus. La situation du médecin est la même. Afin de prévenir

les abus de pouvoir par le déficit de compétences, les marchés privés s'autorégulent en recourant à des instruments tels que l'obtention de seconds avis, la diffusion d'informations via des organisations de protection des consommateurs et des agences de notation ou en offrant des garanties. L'importance de maintenir sa réputation joue par ailleurs un rôle central dans les professions qui nécessitent un haut degré de confiance.

Les incertitudes ne deviennent un problème que lorsqu'elles entraînent des coûts élevés suite à une catastrophe. Sur le plan individuel, de telles catastrophes ne peuvent pas être prévues correctement. Statistiquement elles peuvent l'être, de manière collective. Ce qui est la base du principe d'une assurance. Sinon, pour les cas de maladie modérée, les coûts des diagnostics et des thérapies peuvent être facilement comparés.

De fait, qu'est-ce qui s'oppose au traitement privé de la carence en fer, du traitement des blessures, des verrues ou des rhumes ? Le diagnostic des infections ou de la carence en fer est standardisé. Malgré les incertitudes, il n'y a aucun argument crédible contre la gestion de ces cas par le biais d'une situation concurrentielle, qui se base sur des tarifs libres. Le médecin peut donner des conseils à ce sujet, ce qui peut être particulièrement utile dans un premier temps. En cas de récurrence, rien ne s'oppose au recours à des services de diagnostic privés, qui relèvent de la propre responsabilité de chacun. L'intégration dans un système de soins de santé financé par des tiers et géré exclusivement par des professionnels hautement spécialisés – la formation médicale en Suisse dure au moins 12 ans – rend ces traitements simples beaucoup plus coûteux et plus compliqués que dans une situation d'économie de marché.

En ce qui concerne la profession médicale, Arrow a décrit avec justesse les éléments essentiels de la médecine appliquée. Cependant, comme pour l'idée d'un marché parfait, l'argumentation tend ici vers une approche du « tout ou rien ». En d'autres termes, toute forme de conseil médical présenterait un tel degré de connaissance, de compétence et de vulnérabilité que le patient semble toujours à la merci du médecin. Le patient est donc toujours jugé incapable de jugement et en danger d'abus. L'individu lambda n'est apparemment pas en mesure d'acquérir des connaissances et de l'expérience et de prendre des décisions de manière indépendante. En réalité, la souveraineté décisionnelle n'est pas toujours impossible, mais doit être maîtrisée, par l'apprentissage. D'autre part, le médecin se voit attribuer une compétence médicale générale, alors qu'en réalité, il n'y a pas de constante ici non plus. En dehors des situations aiguës, les styles de traitement peuvent être très différents. La diversité des spécialisations médicales en est la preuve. De même, la supposition de se détourner de la recherche du profit est une idée idéaliste qui n'est pas tenable dans la réalité.

L'apparition des maladies n'est pas non plus toujours une pure coïncidence. Une grande partie des maladies chroniques sont dues à un comportement inadéquat. Environ 80% des coûts directs des soins de santé sont causés par des maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer, maladies

respiratoires et musculo-squelettiques)². Les estimations suggèrent que plus de la moitié des maladies non transmissibles pourraient être évitées ou du moins retardées par un mode de vie plus sain. Les malades chroniques sont donc en partie responsables de leur maladie. Ils ne sont pas seulement victimes d'une coïncidence.

Dans ce cas, le « trade-off » est toujours basé sur un choix individuel, par exemple un changement de mode de vie ou la prise de médicaments financés de sa poche. Il n'y a rien à opposer à une souveraineté décisionnelle dans un tel cas. Au contraire, elle devrait être appliquée dans l'intérêt du patient. Après tout, le patient est le meilleur expert pour évaluer son cas personnel et son comportement. L'asymétrie d'information joue ici en sa faveur. De plus, il existe des cas dans lesquels il existe un « gain de maladie », qui fait que les patients profitent d'un traitement de faveur (ne plus avoir à assumer les tâches ménagères, à aller travailler ou bénéficier de la compassion, de la gentillesse d'autrui, etc.) et peuvent éviter d'assumer des responsabilités. Dans ce cas, les traitements ont même tendance à « encourager » la maladie.

Les caractéristiques de la souveraineté limitée s'appliquent principalement aux maladies aiguës et aux maladies mentales graves, qui nécessitent une intervention urgente. Toutefois, dans l'argumentation économique de la santé, chaque cas est traité comme un cas extrême. Les patients ont ainsi l'impression qu'ils ne peuvent pas contrôler leur santé. C'est tragique, car le patient devrait décider du style de traitement du médecin et collaborer avec celui-ci dans un processus visant à trouver un traitement dans lequel les asymétries sont égalisées, sous la forme soit d'une aide à l'auto-assistance, soit de soins. Or la participation du patient au paiement des coûts encourage la coopération.

Le comportement du médecin

Le problème de l'incertitude concernant l'apparition de la maladie et l'efficacité des thérapies est une réalité. Une souveraineté décisionnelle limitée et une vulnérabilité personnelle caractérisent le patient en tant que tel. Faire face à ce problème est une caractéristique essentielle de la profession médicale. Ainsi, le médecin conseille le patient (dans une relation « mandant-mandataire ») et respecte la déontologie médicale, dans son propre intérêt. C'est précisément cette éthique qui le distingue d'un vendeur lambda et vise à prévenir les abus de pouvoir.

Toutefois, l'octroi de licences d'État pour la profession médicale a rendu cette distinction superflue. La confiance n'est plus créée par une action éthique et donc économiquement appropriée, mais par la réussite à l'examen d'État et plus tard au certificat FMH. Le certificat octroyé par l'État assure ainsi la réputation. La durée excessive de la formation prescrite par l'État et la profession donne au patient l'apparence d'une compétence inaccessible.

² <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/faktenblatt-ncd.pdf.download.pdf/feuille-info-mnt.pdf>

L'élimination de la différenciation par les prix découple par ailleurs le rapport qualité-prix. Détachée de la volonté de payer des patients, la concurrence de la qualité se développe inévitablement dans le sens d'une forte spécialisation. Plus le nombre de certificats de formation continue est élevé, plus la qualité prouvée semble grande. Le fossé entre le médecin et le patient se creuse encore davantage. Pour les patients, cependant, la signification des certificats n'est pas claire et le système de certification lui-même reste flou, comme c'est le cas pour de nombreux médecins.

Étant donné que le médecin, en tant que personne de confiance, est préoccupé par le maintien de sa réputation, il n'est guère incité à abuser de son pouvoir dans un système libéral. Si, toutefois, il est protégé de la liberté du patient de payer son service et devient un monopole par le biais de barrières à l'entrée élevées (longueur des études) et de licences obligatoires, cet incitatif disparaît. Si le patient bénéficie de prestations principalement financées par les caisses d'assurance maladie, le patient et la société sont tous deux à la merci du médecin : l'abus de pouvoir est alors encouragé.

L'examen d'État est ainsi devenu une barrière unique à l'entrée et une garantie du prestige de la médecine. L'attrait du prestige médical, de la position de monopole et du revenu garanti se reflète dans le nombre sans cesse croissant de médecins. Ce n'est plus seulement le reflet du bon travail effectué pour soigner les malades. Grâce à la réglementation des prix et des performances, l'action médicale a été artificiellement protégée contre les performances insuffisantes de certains acteurs. Le droit à la préservation des droits acquis est intact. Bien que le progrès technique ait réduit les incertitudes, par exemple sous la forme de diagnostic plus précis, les examens techniques sont restés entre les mains des médecins. Or le fait qu'un médecin qui ne fait que des examens techniques reste un médecin n'a jamais été remis en question, par exemple.

Conclusion

L'idée de défaillance du marché découle d'une conception très abstraite de l'économie, reposant sur un modèle théorique. Les hypothèses qu'il sous-entend contestent la possibilité de commercialiser tous les services de santé dans la pratique. Il y a donc incompatibilité entre le modèle et le monde réel. Mais cette divergence est-elle un problème du modèle scientifique ou du monde réel ?

En sortant du modèle de pensée actuel et en oubliant l'idée de devoir préserver les droits médicaux acquis, la question véritable est donc de savoir quels services sont commercialisables et comment. La question de la mise en place d'aides ponctuelles pour certaines prestations spécifiques peut également être discutée. Outre le diagnostic, la responsabilité du patient, sa capacité de jugement et son discernement jouent un rôle important : cette évaluation serait en fin de compte une tâche centrale des médecins. D'un point de vue pratique, la santé est un objectif souhaitable et un processus d'apprentissage constant. L'asymétrie d'information

artificiellement créée et subventionnée par l'État cimente les dépendances et les capitalise de manière défavorable au citoyen.

Malheureusement, il n'est pas possible de donner une réponse définitive à la question de ce qui est commercialisable. Nous constatons seulement que le modèle de marché néoclassique n'aide guère à gérer la réalité du terrain et que la bureaucratization de tous les services de santé transforme l'intention initiale d'un accès équitable en son contraire. La peur des mécanismes de marché conduit à un système collectivisé rigide qui est de moins en moins capable de s'adapter au malade. Enfin, lorsque les primes d'assurance maladie deviennent un piège à dettes pour les jeunes familles, leur intention initiale est inversée, car les problèmes financiers rendent aussi les gens malades.



Impressum

Institut Libéral
Place de la Fusterie 7
1204 Genève, Suisse
+41 (0)22 510 27 90
liberal@libinst.ch

Les publications de l'Institut Libéral se trouvent sur
www.institutliberal.ch.

Disclaimer

L'Institut Libéral ne prend aucune position institutionnelle. Toutes les publications et communications de l'Institut contribuent à l'information et au débat. Elles reflètent les opinions de leurs auteurs et ne correspondent pas nécessairement à l'avis du Comité, du Conseil de fondation ou du Conseil académique de l'Institut.

Cette publication peut être citée avec indication de la source.
Copyright 2020, Institut Libéral.