

Introduction

La santé mise en marché

Bruno Valat

Sous l'effet du développement de l'État social depuis 1945, un consensus très large s'est imposé dans les opinions publiques européennes (en France notamment) pour considérer que la satisfaction des besoins de santé ne saurait être confiée au seul marché ¹. Lorsque le rôle de ce dernier est évoqué, il est fréquemment regardé comme une anomalie dommageable, source de gaspillages et d'inégalités. Le degré de « démarchandisation » de la santé y est ainsi volontiers considéré comme un indicateur du progrès social.

C'est oublier que même dans un pays comme la France, où la socialisation des dépenses de santé est parmi les plus élevées de l'OCDE, une part essentielle de la production de biens et services médicaux continue de s'inscrire dans un cadre au moins partiellement marchand : c'est le cas pour les médicaments, mais aussi pour les soins ambulatoires, où médecins et autres professionnels de santé défendent avec acharnement les principes libéraux que sont le libre choix du praticien, la liberté de prescription et le refus du tiers-payant ². Même chose du côté de l'Hôpital, où existe un secteur privé conséquent soumis à des exigences de rentabilité. Quant à l'assurance maladie complémentaire, elle constitue un marché florissant et en plein essor.

Ce qui est vrai du côté de l'offre l'est aussi du côté de la demande : de nombreuses études ont montré que celle-ci était influencée par les normes sociales et culturelles

1. Lindh, 2015, p. 887-910 ; Gonthier, 2017.

2. Comme l'a montré récemment l'opposition résolue d'une partie du corps médical français à la loi Touraine.

et ne relevait pas exclusivement (et peut-être même, dans de nombreux cas, principalement) de « besoins » médicaux ou même sanitaires. Malades comme bien portants se comportent ainsi en consommateurs de soins, arbitrant en fonction de critères multiples : qualité thérapeutique, mais aussi confort et prix (comme en témoigne la parution régulière dans la presse de palmarès des meilleurs hôpitaux et cliniques). Plus largement, la soif de « bien-être » a entraîné le développement vigoureux de nouveaux marchés sanitaires en dehors des systèmes de santé publics. Loin d'être inédits, ces phénomènes s'observaient toutefois déjà au XIX^e siècle ³.

Les institutions n'échappent pas à cette évolution et se trouvent confrontées, comme tout agent économique, à des contraintes d'allocation de ressources rares. Le dynamisme de la demande, joint aux contraintes croissantes qui pèsent sur les finances publiques, rendent impérative la maîtrise des dépenses, ce qui a conduit dans nombre de pays à limiter la prise en charge de certains soins, dits « de confort » ou jugés non vitaux, laissant leur financement aux organismes complémentaires ou aux ménages. D'autres réformes, plus ou moins radicales, ont cherché à introduire des mécanismes inspirés du marché au cœur des systèmes de santé : le retour en force du libéralisme et la diffusion des principes du *New Public Management* (qui cherche à calquer la gestion du secteur public sur celle du privé) dans les institutions publiques à partir des années 1980 ont œuvré en faveur de l'introduction de tels mécanismes, censés garantir l'efficacité à moindre coût ⁴. Parmi les mesures fréquemment préconisées figure la mise en concurrence des organismes de protection sociale, publics et privés, autour d'un « panier de soins » prédéfini, et entre lesquels les assurés seraient libres de choisir ⁵, ou bien encore la mise en concurrence des prestataires de soins eux-mêmes, notamment des hôpitaux, poussés à vendre leurs services au meilleur prix à des organismes de protection sociale assimilés à des acheteurs sur le marché des soins (c'est le sens de la réforme du *National Health Service* menée en Grande-Bretagne au début des années 1990).

Les relations entre santé et marché apparaissent ainsi beaucoup moins linéaires et transparentes aujourd'hui que par le passé et interrogent les référentiels consacrés.

3. Faure, 1993.

4. Voir, entre autres, Jobert, 1994 ; Hassenteufel et Hennion-Moreau, 2003a et l'étude de C. Brissaud dans ce volume.

5. C'est la proposition, parmi d'autres, du Conseil d'analyse économique (CAE), dans une note au Premier ministre datée de mars 2014. Notons, à ce sujet, qu'une liberté de choix a existé par le passé en France ou au Royaume-Uni dans la première moitié du XX^e siècle : le principe de la liberté d'adhésion en fonction des « affinités » figurait dans la *National Health Insurance* britannique de 1911 et dans la loi sur les Assurances sociales françaises (1930). Il est vrai que dans le cas français au moins, cette liberté reposait, dans l'esprit du législateur, sur la proximité philosophique ou politique, et non sur un calcul économique.

Existe-il bien un « sens de l'histoire » qui irait vers une toujours plus grande démarchandisation de la santé ? Plus largement, la satisfaction d'un besoin de santé « nouveau » devrait-elle toujours être assurée, dans un premier temps, par les mécanismes marchands, avant d'être intégrée à la sphère des « services publics », distribués tout ou en partie gratuitement ? Va-t-on au contraire vers une marchandisation croissante de la santé, redoutée par beaucoup ⁶ ?

Rassemblés autour de ces interrogations communes, les textes réunis dans le présent ouvrage questionnent les relations contemporaines entre la santé et le marché, en faisant le pari que la prise en compte de l'histoire dans ce domaine présente des vertus heuristiques.

*

* *

Notons tout d'abord que la santé n'est pas un « bien » au sens que les économistes donnent à ce mot. Elle n'est pas l'objet de droits de propriété et ne peut être échangée. En conséquence, il ne saurait exister à proprement parler de marché(s) de la santé. L'expression est cependant admise, dans la mesure où la santé constitue bien un capital à préserver ou un horizon d'attente pour les patients consommateurs qui s'adressent à des professionnels de santé, achètent des biens et services médicaux ou, plus largement, « sanitaires ».

Si la santé est difficile à définir ⁷, il en va de même pour les marchés sanitaires. Concrètement, on observe une grande diversité de relations entre acteurs, depuis la pure distribution marchande, celle des médicaments produits et vendus librement aux consommateurs en officine ou sur Internet, par exemple, jusqu'à l'hospitalisation d'urgence d'un accidenté de la route dans le service de réanimation le plus proche d'un hôpital public, financé par le produit de contributions fiscales. Entre ces deux extrêmes, de nombreux cas de figures sont possibles, dans le temps comme dans l'espace : ainsi, l'accès au médecin pourra être libre ou contraint, tout comme la rémunération qui en découle, le paiement à l'acte ou forfaitaire, immédiat ou différé... Même diversité pour les relations entre « acheteurs » collectifs (mutuelles,

6. Les pages qui suivent (comme l'ensemble de l'ouvrage) ont été rédigés avant la crise de la COVID-19 (2020), qui s'est traduite par un regain spectaculaire de volontarisme public en matière sanitaire dans les pays de l'OCDE. On trouvera néanmoins dans la conclusion quelques remarques générales sur l'évolution récente et à venir du poids de l'État dans les systèmes de santé des pays développés.

7. Selon la célèbre définition de l'OMS – en réalité Conférence internationale de la Santé – (1946), la santé « réside dans un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

caisses d'assurance maladie...) et prestataires de soins (médecins, hôpitaux). Il existe ainsi tout un *continuum* de situations intermédiaires entre les formes marchandes « pures » et la distribution gratuite de soins, situations qu'il n'est pas toujours aisé de caractériser. Suivant les combinaisons possibles, qui varient fortement d'un pays et d'un moment à l'autre, l'observateur est confronté à un objet qui évoque plus ou moins un « marché ». Un des enjeux de l'analyse est donc de caractériser et d'analyser cette diversité, condition de la comparaison, mais aussi de la compréhension de leur fonctionnement comme de leur évolution dans le temps. Le détour par les sciences sociales s'avère ici extrêmement utile.

En France, comme dans les autres pays d'Europe, l'histoire de la santé relève pour l'essentiel de problématiques sociales et culturelles. Elle est en outre fortement centrée sur le XIX^e siècle. Si nombre de travaux disponibles offrent des aperçus suggestifs, qu'il s'agisse de l'histoire des hôpitaux, des médicaments, ou des relations entre le corps médical et les pouvoirs publics, la dimension économique est rarement au premier plan et la place du marché pas toujours interrogée⁸. Le concept central y a longtemps été celui de médicalisation, de son sens étroit, originel (croissance de l'offre médicale), à sa définition la plus large (propension à formuler dans des termes médicaux l'ensemble des problèmes individuels et collectifs et les solutions à y apporter⁹). Dans cette optique, les historiens de la santé se sont d'abord intéressés aux médecins et aux professions médicales, ainsi qu'aux institutions œuvrant à la diffusion de la médecine dans le corps social (État, œuvres, mutuelles¹⁰...). Progressivement, toutefois, une plus grande attention a été accordée aux malades, plus exclusivement considérés comme passifs ou rétifs, et à qui on a reconnu une autonomie nouvelle et un rôle actif dans le développement de la demande de santé¹¹. Dans cette optique, la médicalisation apparaît moins comme le fruit d'une entreprise unilatérale que comme la co-construction d'une demande de soins, elle-même liée à la place croissante prise dans les sociétés occidentales par le « souci de soi » et du corps. Ceci définit un point de convergence avec les historiens de l'économie, attentifs à la consommation et à ses ressorts.

8. L'étude de Digby, 1994, sur le marché médical anglais au XIX^e siècle constitue certainement une exception. Il n'existe pas d'étude comparable pour les autres pays d'Europe. Pour la France, on se reportera aux travaux classiques de Jacques Léonard et Olivier Faure sur la même période (en particulier Faure, 1993), qui offrent de nombreux aperçus suggestifs. Sur les hôpitaux, voir, entre autres, Chevandier, 2009 et Faure, 2012. Pour la Grande-Bretagne, Doyle et Gorsky notamment. Pour les médicaments, un aperçu dans Bonah, Rasmussen, 2005. Sur les médecins et les pouvoirs publics, Hassenteufel, 1997, apporte une perspective européenne.

9. Aiach et Delanoë, 1998. Dans cette dimension, elle peut également être qualifiée de « sanitarisation », dans la mesure où le phénomène excède largement la seule dimension médicale.

10. Léonard, 1977, 1981 ; Guillaume, 1996.

11. Faure, 1994.

Depuis une vingtaine d'années, ces derniers se sont résolument tournés vers l'histoire des marchés et des consommateurs ¹². S'agissant de la santé, l'histoire de l'industrie pharmaceutique et du médicament occupent la première place ¹³, ce qui n'est guère étonnant pour un secteur qui a tenu un rôle non négligeable dans la seconde industrialisation ¹⁴. À l'opposé, l'Hôpital et plus encore les professions sanitaires restent largement délaissés des historiens de l'économie ¹⁵. Faut-il évoquer, pour expliquer ces lacunes, le passé charitable des institutions ou le développement de l'État social depuis 1945, qui a soustrait – au moins pour partie – la médecine et les soins à la sphère marchande ? Quoi qu'il en soit, l'histoire économique de la santé reste encore largement à écrire. Aussi est-il utile de se tourner vers les autres sciences sociales, économie et sociologie notamment, qui, à la différence de l'histoire, ont fait de la santé un objet d'étude privilégié.

L'économie de la santé s'est fortement développée depuis les années 1960 et a acquis aujourd'hui une position forte dans le champ des sciences sociales, ainsi qu'une influence certaine auprès des décideurs publics. Après des débuts essentiellement empiriques et « descriptifs », elle a connu une véritable révolution épistémologique et méthodologique dans les années 1970 et 1980 pour se constituer, sous l'influence de travaux venus des États-Unis, en une branche intégrée de la micro-économie, étudiant les conditions d'efficacité des marchés dans des conditions de concurrence le plus souvent imparfaites ¹⁶. Les notions d'asymétrie informationnelle ou d'aléa moral, centrales aujourd'hui, y ont trouvé un champ d'application privilégié. L'économie de la santé y a gagné une fécondité nouvelle, mais y a perdu sa proximité originelle avec les autres sciences sociales : accordant une grande place à des comportements formalisés, les économistes recherchent une efficacité qui a peu à voir avec les préoccupations des acteurs sociaux, comme avec les interrogations des historiens... En outre, leur hypothèse centrale – qui reste fidèle au postulat néo-classique – d'un *homo œconomicus* rationnel recherchant la satisfaction utilitariste de son intérêt personnel paraît particulièrement peu réaliste à ces derniers...

L'économie de la santé souffre ainsi de son degré élevé d'abstraction et d'une forte dimension normative. Elle n'a finalement que peu à dire sur les processus de

12. Une illustration récente dans Daumas, 2018. Pour une étude de cas, voir Marty, 2008.

13. Voir notamment les travaux de Chauveau, Gaudillière et Thoms, Kessel, Wimmer, dans la bibliographie figurant à la fin de l'ouvrage.

14. Chauveau, 1995.

15. Sur l'histoire économique des hôpitaux français, on pourra se reporter à Domin, 2008-2013. L'histoire des professions libérales et de leurs marchés, quant à elle, est encore balbutiante.

16. Arrow, 1963. Voir aussi Evans, Grossman notamment. Sur l'histoire de l'économie de la santé, Forget, 2004. Sur le cas français, Benamouzig, 2005.