

LIRAES
Economie de la Santé



CEPN
Centre d'économie
de l'Université
Paris Nord



UNIVERSITÉ
**PARIS
DESCARTES**

Actes du Colloque

Protection sociale et vieillissement : Regards croisés

du **Mardi 15 mai 2018**

Responsables scientifiques

- **Philippe Batifoulier** Professeur à l'Université Paris Nord, Sorbonne Paris Cité, Directeur du Centre d'Économie de l'Université Paris Nord (CEPN UMR 7234)
- **Damien Besancenot**, Professeur à l'Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Directeur du Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche Appliquée en Économie de la Santé (LIRAES EA4470)
- **Nicolas Sirven**, Maître de conférences HDR à l'Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Membre du Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche Appliquée en Économie de la Santé (LIRAES EA4470)

MEMBRE DE

U^SPC
Université Sorbonne
Paris Cité

SOMMAIRE

**Viellissement et régime public d'assurance-maladie :
Catastrophe? Défis? Ou Chimère? 4**

François Béland

**L'évolution récente des dépenses de santé
en Europe : un réexamen de la loi de Baumol..... 10**

Nicolas Sirven & Michel Grignon

**Assurance et reconfiguration du marché
du risque santé 14**

Philippe Batifoulier

**Le placement en institution des personnes atteintes
de la maladie d'Alzheimer influence-t-il la qualité
de vie des patients et de leur entourage ?
Une analyse des données françaises REAL.FR16**

Thomas Rapp, Bénédicte Apouey & Claudia Senik

**De la restriction des budgets des politiques sociales
à la dégradation des conditions de travail
dans le secteur médico-social..... 20**

Annie Dussuet, Laura Nirello & Emmanuelle Puissant

**Recommande-t-on un hôpital pour la qualité des soins ?
Stratégie du médecin et du réseau social 22**

Myriam Lescher

Édito

La Comue Sorbonne Paris Cité regroupe des entités de recherche nombreuses et variées mais, au centre des thématiques de recherche, un point commun de nombreux laboratoires porte sur les différents aspects des thématiques de santé.

Au sein de Sorbonne Paris Cité, deux laboratoires ont développé une expertise particulière dans les domaines de l'économie de la santé : le LIRAES (EA 4470) et le CEPN (UMR 7234). Le colloque organisé le 15 mai 2018 avait pour objet de réunir, autour des thèmes de la protection sociale et du vieillissement, les membres de ces deux centres de recherche afin de croiser les approches de chercheurs présentant des modes analyses et des points de vue parfois très différents.

De cette première rencontre est né cet ebook qui résume le contenu des différentes présentations. Les thèmes de la prise en charge des dépenses de santé dans les budgets publics, le rôle des assurances santé, des hôpitaux ou l'influence de la qualité des soins dans les EHPAD sont autant de thèmes abordés qui montrent l'ampleur des problématiques d'intérêt pour les deux laboratoires.

Espérons que ces premières rencontres seront suivies de nombreuses manifestations futures, preuves d'un resserrement des liens entre chercheurs en économie de la santé au sein d'une Comue qui, elle, pourrait être amenée à disparaître.

Damien Besancenot
Directeur du LIRAES (EA 4470)

Vieillesse et régime public d'assurance-maladie : Catastrophe? Défis? Ou Chimère?

François Béland, Ph.D.^{1,2,3}

Le débat

Les exigences du financement des systèmes d'assurance maladie publics et universels sont-elles la « bête brune » qui se traîne lentement et inexorablement vers la privatisation, comme le titre d'un article d'Evans (1982), s'inspirant du poème de Yeats (2005[1919]), le suggérait malicieusement? Privatisation offerte comme une solution au débordement structurel des dépenses en santé. La part qu'elles monopolisent de la richesse des pays, tout comme celle qu'elles se réservent des budgets des administrations publiques, suscitent une recherche de solutions qui ressemblent plus, parfois, à des dérives idéologiques qu'aux résultats d'un exercice de rationalité et d'imagination (Contandriopoulos et Bilodeau 2008; Evans 2007; Hudon et Roseberry 2008).

Le Canada et le Québec serviront ici d'exemple. Des données sur l'évolution des dépenses gouvernementales de santé serviront de points d'ancrage de l'argumentaire en s'attardant autant sur les tendances lourdes que sur les effets conjoncturels. Il apparaîtra clairement que s'il y a bien tendances lourdes, la conjoncture imprime des marques aux variations temporelles qu'il est difficile d'effacer par la suite.

1 - Groupe de recherche Solidage, CSSS de la Montagne, site Metro, 1801, boulevard de Maisonneuve Ouest, bureau 600, Montréal, Québec H3H 1J9 CANADA

2 - École de santé publique, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, C.P. 6128, succ. Centre-Ville, Montréal, Québec H3C 3J7 CANADA

3 - Faculté de médecine, Division de médecine gériatrique, Université McGill, Hôpital général juif, 3755, chemin de la Côte-Ste-Catherine, Montréal, Québec H3T 1E2 CANADA

Adresse: François Béland, Département de gestion, évaluation et politiques de santé, École de santé publique, Université de Montréal, CP 6128, Succ. Centre-Ville, Montréal, Québec H3C 3J7 CANADA ;

Téléphone: +514-343-2225 ;

courriel : francois.beland@umontreal.ca

Les dépenses publiques de santé au Québec

La rhétorique de la gourmandise du tigre que serait le secteur public de la santé est une industrie florissante au Québec et au Canada (Béland 2008;2014). La part des dépenses de santé dans les dépenses de programmes gouvernementaux serait croissante et incontrôlable, ne laissant que la partie congrue aux autres secteurs d'activités des administrations publiques. Par exemple, comment a évolué la part des dépenses de santé du gouvernement du Québec dans l'ensemble des dépenses de programmes gouvernementaux depuis les débuts du régime public et universel d'assurance maladie? L'Institut canadien d'information en santé (ICIS 2017)) publie les séries annuelles de dépenses de santé et de programmes des gouvernements des provinces. Les dépenses de santé incluent toutes les dépenses pour les services hospitaliers et médicaux, pour les services socio-sanitaires à domicile et l'hébergement, les services dentaires, d'optométries et de réadaptation, la santé publique et les investissements divers et l'entretien des bâtiments. Les dépenses de programmes incluent toutes les dépenses gouvernementales moins le service de la dette.

Au Québec, en 1975, alors que la population de 75 ans et plus comptaient pour 2,5% de la population totale, les dépenses gouvernementales de santé représentaient 28% des dépenses de programmes. En 2014, elles en étaient à 27%. La proportion des personnes de 75 ans et plus formaient alors 7,5% de la population. Pendant cette période, les fluctuations des dépenses de santé du gouvernement du Québec furent de peu d'ampleur; elles se maintenaient dans une fourchette de 25% à 28%. Pour trouver un exemple de la gourmandise grandissante des services de santé avec le vieillissement de la population, il faut voyager un peu à l'Ouest du Québec, vers l'Ontario voisine. La part des dépenses de santé dans les dépenses de programme s'accroît de 1975 à 2014 de 28% à 39%, tandis que la population de 75 ans et plus passe de 3,3% à 7,1% de la population totale. Les fluctuations périodiques ontariennes sont importantes et suivent de près les cycles de l'économie.

Depuis les données du Québec, difficile de conclure à la gourmandise du secteur de la santé. En Ontario, les accroissements des parts budgétaires à la santé semblent fluctués avec la capacité de nourrir le tigre.

Le vieillissement : une des sources du problème?

La population des pays à haut revenu vieillit et, avec le vieillissement, viennent les problèmes de santé et le retrait du marché du travail. Le graphique de l'évolution des dépenses moyennes de santé par personne avec l'âge est une arme redoutable (Ménard 2005). On y montre un accroissement exponentiel

des dépenses à partir du mitan de la vie. Par exemple, au Canada en 2015, les dépenses de santé moyenne par personne de 90 ans sont 13 fois les dépenses de santé moyenne d'une personne de 35 ans. Il suffit d'y ajouter le facteur de croissance de la population très âgée d'ici 20 à 30 ans pour effrayer le public. Cependant, les régimes publics d'assurance maladie au Canada assument la responsabilité financière de l'utilisation des services de santé, non pas des citoyens un à un, mais de l'ensemble d'entre eux comme collectivité. En considérant les dépenses gouvernementales de santé pour la population par classes d'âge, plutôt que les moyennes par âge, les dépenses de santé de toutes les personnes de 75 ans et plus, à 44\$ milliards au Canada en 2015, sont à toute fin pratique équivalentes à celles âgées de 20 à 54 ans (43\$ milliard) et à celles de 55 à 74 ans (45\$ milliard). Malgré l'accroissement prévu de la proportion des personnes de 75 ans et plus dans la population au cours des 30 prochaines années qui brisera cette quasi-égalité, y a-t-il là matière apocalyptique? De toute façon, on est loin du rapport de 1 à 13 dans les dépenses de santé moyenne par personnes mentionnés plus haut qui sert de mirage.

La part des dépenses publiques de santé dans l'économie

La thèse du tigre gourmand qui absorberait goulument les ressources financières des administrations publiques au bénéfice exclusif des services de santé n'a que peu de fondement. D'autant plus que l'évolution de la proportion des revenus des États consacrés à la santé dépend aussi bien de l'évolution des revenus des administrations publiques que celui des dépenses de santé. L'administration fédérale canadienne, tout comme l'administration publique québécoise, ont sacrifié une part importante de leurs revenus aux diminutions des impôts et taxes, en particulier ceux qui affectent les personnes les plus aisées financièrement depuis le début des années '90. L'évolution du dénominateur ne se résume donc pas à la décroissance relative du taux de création des richesses dans les dernières décennies, mais aussi à l'action volontaire des pouvoirs publics de diminuer la part des revenus de l'État dans l'économie.

L'évolution des dépenses de santé ne concernent pas uniquement les administrations publiques, mais la société en son entier. Un indice simple et souvent utilisé à cet égard est la part de la richesse nationale consacrée à la santé et à son évolution. Au Québec, certains des protagonistes (Castonguay et al 2008) des débats publics sur le « fardeau » des services de santé sur la société et sur l'administration publique en sont arrivés à la conclusion qu'il fallait restreindre la progression des dépenses de santé publique à l'évolution du produit intérieur brut (PIB). Qu'en est-il de cette évolution au cours des dernières quarante années?

Le PIB du Québec et les dépenses de santé sont projetés de 1975 à 2015, en dollars constants (1997), à la figure 1 avec un retard de 4 ans pour le PIB. L'effet des restrictions budgétaires sur les services de santé prennent du temps à s'implanter et le redressement de ces dépenses n'apparaît que quelques années après la fin des cycles de récession. Il est assez remarquable que l'accroissement des dépenses de santé suit, à quatre ans d'intervalle, la pression des cycles économiques. Et, de 1996 à 2004, les taux de progression des dépenses gouvernement en santé suit, avec un décalage de quatre ans, ceux du PIB. La réalité a précédé les recommandations du Groupe de travail Castonguay. Avant 1983, la progression des dépenses de santé dépasse celle du PIB et pendant la récession de 1983-85, la chute du PIB est suivie d'une croissance nulle des dépenses de santé. Pendant cette période, les gouvernements fédéral et provinciaux accumulent déficit sur déficit qui amèneront le gouvernement fédéral à couper unilatéralement son appui financier aux dépenses de santé des provinces pendant la récession 1989-93.

Il faut attendre 2004 pour que la croissance des dépenses de santé décroche de la croissance du PIB. En 2003 a été signé un accord fédéral-provincial qui rétablit une importante partie du financement fédéral de la santé aux provinces, soutien qui avait été unilatéralement réduit au début des années '90. Jointes aux revenus fiscaux qui s'accroissent au cours de cette époque de longue croissance économique qui durera près d'une décennie, les nouvelles sommes permettent au Québec, de mêmes qu'aux autres provinces, de consacrer des montants importants en santé. En vertu des accords fédéral-provinciaux, les provinces ne peuvent consacrer ces sommes nouvelles qu'à la santé. Cette période faste est interrompue avec l'arrivée de la Grande récession de 2007-08, quoique le Québec sera moins frappé que d'autres provinces.

L'ingéniosité institutionnelle

La vision catastrophiste de l'évolution des dépenses de santé est pesamment déterministe. Comme si la destinée de l'humanité serait pendante de son avenir démographique : avec le vieillissement advient les graves problèmes de santé, d'où s'ensuivraient les accroissements imparables des dépenses de santé. Pourtant, même Malthus (1888) avait indiqué des voies de maîtrise de sa triste équation, ce que démographes et d'autres praticiens des sciences sociales s'empressent d'oublier. Il note que trois institutions peuvent permettre d'éviter le pire, sans toutefois promettre l'impossible prospérité : la religion, la propriété privée et le mariage. Cet appel aux institutions régulatrices, peu importe ici celles que Malthus privilégiait, serait l'apport intellectuel le plus important de Malthus aux sciences sociales (Parsons 1937). Evans (2007) reprend le même argument et montre comment l'ingéniosité institutionnelle peut servir dans le domaine des services de santé soit à forcer vers la sortie les mesures de sécurité sociale,

soit à les conserver. Le Canada, et le Québec en particulier, ont réussi par des mesures, parfois brutales, parfois intéressantes, à contrôler les dépenses de santé de façon presque exemplaire, tout en répondant, non sans faille, aux besoins de soins de santé de leur population. La capacité des administrations publiques d'agir en ce sens apparaît le plus clairement dans les rapports historiques entre les évolutions du PIB et des dépenses gouvernementales de santé. Même les divergences de rythmes d'évolution sont la conséquence de décisions politiques qui auraient pu aller dans d'autres directions. L'évolution de la rémunération des médecins du Québec de 2007 à 2015, comparée à l'évolution des dépenses hospitalières, le montre bien : les syndicats médicaux ont réussi un coup fumant qui se traduit par un accroissement fabuleux de leur rémunération, tandis que les dépenses hospitalières ont diminué pour ensuite se stabiliser (Figure 1). Et ces tendances ont suivi les mêmes directions jusqu'à aujourd'hui. Par ailleurs, on peut aussi voir une manifestation de l'ingéniosité institutionnelle dans les interventions des groupes d'intérêts privés et les politiques adoptées par certains partis politiques au pouvoir afin de provoquer la rupture du régime public et universel de santé canadien (Evans 2007).

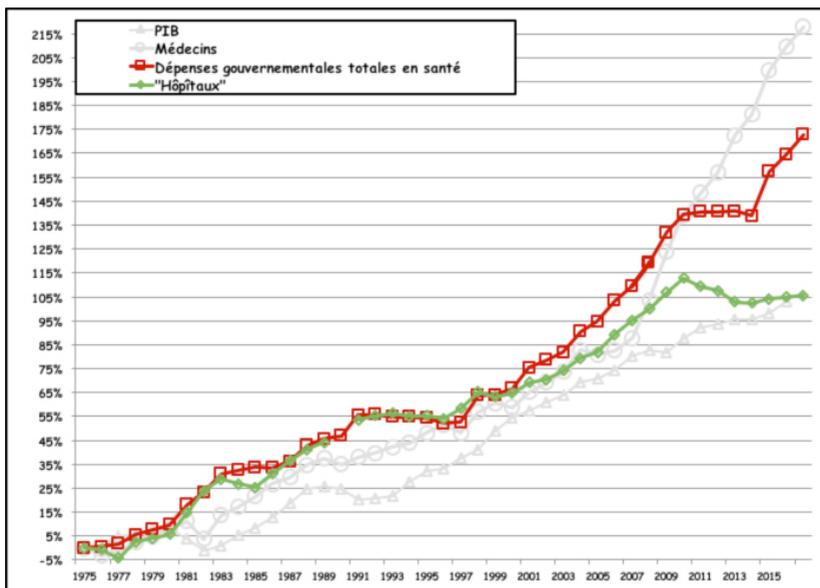
Il est toujours surprenant d'entendre les promoteurs de la vision déterministe et d'un avenir catastrophique des services de santé proposer, comme sortie de « crise », le recours à la responsabilité individuelle des utilisateurs. Comme s'il suffisait de faire vibrer, par incitations la plupart du temps financières, la fibre de la conscience individuelle d'une responsabilité personnelle pour contrer des déterminismes que même les administrations publiques les plus puissantes n'arriveraient pas à faire fléchir. Pareto (2003[1917]; 1981[1909]) avait bien compris que l'ophélimité avait des limites et que certains défis étaient collectifs par définition. Les institutions sociales sont des instruments qui n'effectuent des opérations administratives et politiques qu'avec une rigueur approximative, mais elles sont celles dont les sociétés humaines disposent. À défaut de les utiliser, Pareto avait compris que les intérêts des « classes gouvernantes » les amenaient à manipuler les « classes gouvernées » en utilisant la rhétorique de la logique de la maximisation des intérêts privés et, du même coup, les conclusions des ouvrages des intellectuels des sciences sociales qui en font leur pain.

Bibliographie

- Béland F, (2008) Les dépenses de santé au Québec : une énigme ou un système d'alarme? pages 171-205, in Béland F, Conrandriopoulos AP, Quesnel-Vallée A, Robert L, Le privé dans la santé, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Béland F, Galand C, (2014), Québec: Sustainability – Perception and reality, pages 239-269, in Marchildon GP, Di Matteo L, Bending the Cost Curve in Health Care, Toronto, Toronto University Press.

- Castonguay C, Marcotte J, Venne M, En avoir pour notre argent, Québec Finances Québec.
- Contandriopoulos D, Bilodeau H (2008) De l'usage politique de la satisfaction et de l'inquiétude, page 224-241, in Béland F, Conrandriopoulos AP, Quesnel-Vallée A, Robert L, Le privé dans la santé, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Evans RG (1982) Slouching toward Chicago: regulatory reform as revealed religion, Osgoode Hall Law Journal, 20;3:454-484.
- Evans RG (2007), Economic myths and political reality: the inequality agenda and the sustainability of Medicare, pages 113-155, in Campbell B, Marchildon G, Medicare: Facts, Myths, Problems, Promise, Toronto, James Lorimer & Company
- Hudon R, Roseberry P (2008), Think tanks, opinion publique et débat public-privé en santé: la dynamique de influence, pages 241-280, in Béland F, Conrandriopoulos AP, Quesnel-Vallée A, Robert L, Le privé dans la santé, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- ICIS (2017), Tendances nationales des dépenses de santé, https://www.cihi.ca/fr/access-data-reports/results?f%5B0%5D=field_primary_theme%3A2058 Accédé 7 mai 2018.
- Malthus T (1888), An Essay on the Principal of Population, pages 277-79, Edinbourg, Ballantyne, Hanson and Co.
- Ménard LJ (2005), Pour sortir de l'impasse: la solidarité entre nos générations. Rapport et recommandations, Québec, Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec,
- Pareto V (2003[1917]) Traité de sociologie générale, Vol 7, para 2113-2134, Paris-Genève, Librairie Droz
- Pareto V (1981[1909]), Manuel d'économie politique, Genève, Librairie Droz
- Parsons T (1937) The theory of Action, Chapitre II, in The Structure of Social Action, New York, Free Press.
- Yeats WB (2005[1919]), La seconde venue (The Second Coming), Anthologie de la poésie anglaise, La Pléiade, Paris. <Schabrieres.wordpress.com> accédé le 13/07/2018.

Figure 1. Taux d'accroissement cumulés des dépenses totales de santé et du PIB avec retrait de 4 ans, Québec \$ de 1997 [Récessions encadrées]



L'évolution récente des dépenses de santé en Europe : un réexamen de la loi de Baumol

Nicolas Sirven, MCF HDR, LIRAES^{1, 2, *}

Michel Grignon, Professeur, CHEPA^{2, 3}

Les pays développés sont confrontés à une hausse continue de la part des dépenses de santé dans le PIB, inférieure à 8% dans les années 1980 et elle a atteint en 2015 entre 10% et 12% pour la plupart des pays en Europe, et plus de 16% pour les Etats-Unis. L'explication de cette hausse est en général apportée par la théorie de la croissance déséquilibrée (Baumol, 1967), plus connue sous le nom de « loi de Baumol ». Les récents changements dans le contexte global et les particularités des systèmes de santé en Europe permettent d'envisager un réexamen de cette loi dans un contexte spécifique.

Le modèle théorique décrit le fonctionnement d'une économie à deux secteurs : l'un dit « progressif », caractérisé par des gains de productivité significatifs dans le temps, comme les secteurs de l'industrie ou de l'agriculture ; et l'autre, dit « stagnant », où les gains de productivité sont faibles, comme dans certains services où des économies d'échelle ne sont pas toujours réalisables, typiquement le spectacle vivant (Baumol & Bowen, 1965), l'éducation ou les soins médicaux (Baumol, 1993, 1996). Les mécanismes de marché doivent assurer que les salaires augmentent au même rythme que la productivité, ce qui pose un problème dans le secteur stagnant où les rémunérations évolueraient moins vite que dans le secteur progressif. Dans ce cas, une compensation monétaire est nécessaire pour inciter les travailleurs à ne pas désertir le secteur stagnant : c'est le prix à payer pour avoir des artistes, des enseignants et des médecins. Les salaires sont donc égaux dans les deux secteurs bien que les niveaux de productivité soient différents. Le modèle prédit que si le coût de production ne dépend que du travail, celui-ci est constant au cours du temps dans le secteur progressif (salaire et productivité croissent au même rythme), mais il est croissant dans le secteur stagnant (l'alignement des salaires sur ceux du secteur progressif se fait sans hausse de productivité). Ce mécanisme inflationniste explique le caractère inéluctable de l'augmentation des dépenses de santé, ou « tragédie

1 - LIRAES (EA 4470) Université Paris Descartes

2 - IRDES, Paris

* Auteur correspondant : nicolas.sirven@parisdescartes.fr

3 - CHEPA, McMaster Univ., Hamilton, Ontario, Canada

des coûts croissants ». Toutefois, le modèle montre que le rapport des coûts de production entre les deux secteurs demeure constant, de sorte que le financement des dépenses de santé est toujours viable économiquement.

La littérature empirique soutient de manière assez large le modèle de Baumol dans les pays développés de l'OCDE (Baumol, 1993 ; Hartwig, 2008). Le modèle de Baumol est en général assez bien adapté pour analyser l'évolution des dépenses de santé aux Etats-Unis, où le système de santé est plus libéral et les prix sont relativement libres (Bates & Santerre, 2013). Néanmoins, dans la majorité des pays Europe, les prix sont beaucoup plus encadrés grâce à l'existence d'une assurance santé obligatoire, ce qui conduirait à un effet inflationniste plus faible (Colombier, 2012). Par ailleurs, les récents changements dans le contexte global et Européen en particulier, notamment liés au vieillissement démographique et aux réformes des retraites, ont favorisé une période d'inflation salariale relativement faible (Mojon & Ragot, 2018) alors même que les gains de productivité se sont maintenus à des niveaux supérieurs (van Ours & Stoeldraijer, 2011). Cet écart productivité-salaire peut en théorie jouer en défaveur des hausses de la rémunération des médecins, lesquels pourraient utiliser leur pouvoir de marché (l'asymétrie d'information quant à la santé) pour compenser cet effet en contribuant la hausse du volume des soins.

L'objectif de cette communication est de tester dans quelles mesures « l'effet Baumol » explique la hausse récente des dépenses de santé en dans les pays d'Europe. Peut-on observer un changement structurel au cours des dernières années par rapport aux décennies précédentes dans l'effet prix avancé par Baumol pour expliquer la hausse des dépenses de santé ? Nous avons utilisé les séries macroéconomiques de l'OCDE qui permettent des comparaisons internationales dans le temps. Elles concernent 18 pays de l'Union Européenne entre 1990 et 2015. Les dépenses de santé, en prix nominaux et en prix constants, sont séparées suivant qu'il s'agit des dépenses de soins courants ou de soins de long terme. Le modèle économétrique utilisé reprend les spécifications de référence dans la littérature (Colombier, 2012 ; Bates & Santerre, 2013) qui expliquent le changement dans la croissance des dépenses de santé par une « variable de Baumol », une mesure de l'écart entre progression du salaire moyen et de la productivité moyenne, corrigée de la part des emplois dans le secteur médical. Un modèle à effets fixes individuels et temporels est estimé, incluant un ensemble de déterminants des dépenses de santé comme variables de contrôle.

Les résultats indiquent que l'effet inflationniste décrit par Baumol est statistiquement significatif dans l'explication de l'évolution des dépenses courantes de santé sur la période. La décomposition par décennie ne permet

pas d'être catégorique sur un possible choc structurel. Dans tous les cas, l'effet économique de « la variable de Baumol » est relativement faible, comme nous l'avions supposé. La variable qui semble la plus fortement liée à l'évolution des dépenses courantes de santé reste la croissance du PIB. Les deux phénomènes s'expliquent ainsi : le faible effet prix est compensé par un effet volume plus large, ce qu'on constate via la diffusion du « progrès technologique », c'est-à-dire la multiplication des actes. Pour ce qui est des dépenses de soins de long terme, aucun effet « Baumol » n'est trouvé, ce que corrobore la littérature (Oliveira Martins, 2006). Toutefois, dans le cas des soins de long terme en institution, un effet inflationniste de faible ampleur est observé pour le début de la décennie 2010.

En conclusion, l'effet prix avancé par la théorie des coûts croissants (ou de la croissance déséquilibrée) reste un des mécanismes explicatifs valable pour comprendre la hausse des dépenses de santé en Europe. Néanmoins, cet effet prix est d'ampleur relativement faible ; il s'interprète moins comme un luxe que comme une « nécessité » (Deaton, 1998), mais témoigne malgré tout d'un certain pouvoir de négociation des professions réglementées. D'ailleurs, l'effet prix est quasiment inexistant dans le secteur des soins de long terme, largement dominé par les professions non réglementées et dont le niveau de qualification et les salaires sont relativement faibles. Néanmoins, les évolutions récentes du contexte, surtout en France, pourraient modifier ce constat. D'abord, la mise en cause récente du *numerus clausus* en France apparaît comme une réforme ambitieuse qui pourrait réduire le pouvoir de négociation des médecins. L'effet volume est également dans la ligne de mire des assureurs qui proposent de développer des parcours de soins coordonnés afin de rationaliser les actes médicaux et réduire ainsi de possibles effets de demande induite. Enfin, les prix du secteur des soins de long terme pourraient rapidement progresser suite à une demande de la part des professionnels de revaloriser des professions aux conditions de travail jugées trop dures d'une part, et d'autre part suite à une demande de soins de meilleure qualité de la part des personnes en perte d'autonomie et de leurs proches. Au final, la maîtrise des dépenses courantes de santé par l'effet prix et l'effet quantité semble être une victoire à portée des assureurs. Néanmoins, l'incertitude quant à l'avenir des coûts de production dans le secteur des soins de long terme reste un frein majeur au développement du marché de l'assurance dépendance.

Bibliographie

- Bates, L. J., & Santerre, R. E. (2013). Does the US health care sector suffer from Baumol's cost disease? Evidence from the 50 states. *Journal of Health Economics*, 32(2), 386-391.
- Baumol, W. J. (1967). Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis. *The American economic review*, 57(3), 415-426.
- Baumol, W. J. (1993). Health care, education and the cost disease: A looming crisis for public choice. *Public choice*, 77(1), 17-28.
- Baumol, W. J. (1996). Children of performing arts, the economic dilemma: The climbing costs of health care and education. *Journal of Cultural Economics*, 20(3), 183-206.
- Baumol, W. J., & Bowen, W. G. (1965). On the performing arts: the anatomy of their economic problems. *The American economic review*, 55(1/2), 495-502.
- Colombier, C. (2012). Drivers of health care expenditure: Does Baumol's cost disease loom large?. Mimeo.
- Hartwig, J. (2008). What drives health care expenditure?—Baumol's model of 'unbalanced growth'revisited. *Journal of Health Economics*, 27(3), 603-623.
- Oliveira Martins, J., & de la Maisonneuve, C. (2006). The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach. Mimeo.

Assurance et reconfiguration du marché du risque santé

Philippe Batifoulier, CEPN-CNRS, Université Paris 13

Cette présentation s'inscrit dans le cadre du projet de recherche MaRiSa (Marché du risque santé), financé par l'Agence nationale de la recherche (ANR) pour la période 2017-2020. Il implique des juristes, sociologues, économistes et politistes issus de trois établissements partenaires (IODE – Université de Rennes 1, CEPN – Université Paris XIII, IRES).

Le développement de l'assurance santé privée (mutuelles, assurances à but lucratif, institut de prévoyance) s'inscrit dans la vision de la protection sociale comme un coût pour les finances publiques. Il vise à réduire les dépenses publiques de santé, mais pas les dépenses totales de santé si elles trouvent un financement auprès d'un opérateur privé ou par les ménages eux-mêmes. Il s'agit de transformer des prélèvements obligatoires publics en prélèvements obligatoires privés dans la mesure où les frais de santé sont des dépenses contraintes pour les ménages. La disposition d'une assurance santé complémentaire (AMC), privée n'est pas vécue comme un luxe, mais comme une nécessité quand le ménage a les moyens d'y souscrire.

Le patient français doit de plus en plus s'appuyer sur une AMC pour les soins courants (hors hôpital et hors ALD) qui ne sont plus remboursés en moyenne qu'à hauteur de 55 % par la Sécurité sociale. Les soins courants sont ceux auxquels est confrontée la majorité de la population. Ce sont aussi les soins que renoncent à acquérir les plus pauvres en raison des obstacles financiers.

Cette stratégie de recul de la Sécurité sociale n'est pas seulement inégalitaire. Elle est aussi couteuse en finances publiques. Les complémentaires les plus couvrantes sont achetées par ceux qui ont le moins besoin de soins. Les autres, faute de couverture adéquate, se tournent vers l'hôpital qui, parce qu'il est mieux remboursé, accueille des patients qui auraient pu être traités par le système de premier recours. Entre-temps, le petit risque est peut-être devenu grand et les renoncements et reports de soins sont plus dispendieux pour la collectivité. Une prise en charge précoce est plus économe en dépenses de santé qu'une prise en charge tardive. Par ailleurs, pour le même euro de remboursement, le patient paye plus cher pour l'assurance privée que pour la Sécurité sociale parce que la première a des frais de gestion supérieurs

en raison des coûts de la concurrence : frais de marketing, d'actuariat, de placement de produit. La privatisation du financement du soin est inégalitaire et inefficace, mais aussi dangereuse car elle nuit à la santé publique. Quand la sécurité sociale ne rembourse pas ou plus et que l'assurance privée est trop chère pour les patients, les maladies se développent. Le renoncement aux soins conduit à des retards de soins et c'est une chimère de croire que les déremboursements ne concernent que des soins superflus. Ils touchent aussi les soins essentiels.

La généralisation de l'Assurance Maladie Complémentaire par l'entreprise depuis 2016 trace une nouvelle trajectoire : le développement de l'assurance privée par des contrats collectifs. Elle préfigure un système à 3 piliers (obligatoire, complémentaire par l'entreprise et sur complémentaire) et n'a pas pour ambition de lutter contre les inégalités puisque la position dans l'emploi et la taille de l'entreprise vont s'ajouter aux inégalités de positions existantes. De plus, l'accès aux soins sera rendu plus compliqué pour les « outsiders » : précaires, chômeurs, retraités, etc. Il reste que ce développement de l'AMC par l'entreprise porte deux tendances de fond a priori contradictoire :

La première est le développement d'une « police du marché » pour faire remplir des missions de service public à l'AMC. Pour tenter d'atténuer le caractère inefficace et inégalitaire de l'AMC, il convient d'y réintroduire de la solidarité pour permettre à tous d'y accéder tout en reportant la contrainte de soutenabilité budgétaire sur l'entreprise. Les dispositifs visant à permettre aux plus démunis d'accéder aux soins (CMUC, ACS, etc.), le développement des contrats solidaires et responsables (valeurs seuil, cahier des charges, panier minimal de soins) et le lissage des inégalités pour les « outsiders » (retraités particulièrement) vont dans ce sens.

La seconde consiste en l'autonomisation de l'AMC vis-à-vis de l'AMO. Les stratégies de différenciation des assureurs et de concurrence par la qualité conduisent à une discontinuité croissante de l'AMC par rapport à l'AMO. L'AMC est de moins en moins complémentaire à l'AMO, ce qui s'accompagne d'une personnalisation de l'assurance et d'une singularisation de l'offre de couverture (pour un individu ou une entreprise). Trois types de dispositifs s'inscrivent dans cette lame de fond : le développement des réseaux et conventionnement pour gérer les remboursements ; les bonifications commerciales (des points ou bons d'achat ou des restitutions en fin d'année d'une partie de la prime dans le cadre d'une franchise cautionnée ou d'une assurance comportementale,...) ; le déploiement des contrats non responsables consistant à tout prendre en charge pour certains publics, y compris les dépassements.

Le placement en institution des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer influence-t-il la qualité de vie des patients et de leur entourage ? Une analyse des données françaises REAL.FR

Thomas Rapp, MCF HDR, LIRAES

Bénédicte Apouey, Chargée de recherche, Paris School of Economics - CNRS

Claudia Senik, Professeur, Paris School of Economics & Université Paris IV Sorbonne

Le travail de recherche résumé ci-dessous et présenté lors du colloque a fait l'objet d'une publication scientifique : Rapp, T, Apouey, B., et Senik, C. (2018). The impact of institution use on the wellbeing of Alzheimer's disease patients and their caregivers, Social Science and Medicine (revue de rang 1 selon le CNRS).

En France, le fardeau qui pèse sur les familles de malades d'Alzheimer est très important. Les travaux de Paraponaris et al. (2012) mettent en évidence que plus de la moitié des personnes âgées reçoivent de l'aide de leur famille. En outre, Rapp et al. (2011) montrent que dans le cas d'Alzheimer, les familles fournissent plus des trois quarts de l'aide totale pour les activités de la vie quotidienne et pour la surveillance. Cette situation soulève des problèmes économiques importants, en lien avec le coût d'opportunité supporté par les aidants (lié par exemple à la réduction de leur temps de travail) et avec leur perte de bien-être (Fontaine, 2006).

En réponse à ces problèmes, les pouvoirs publics ont fait le choix de transformer les modalités d'accueil en institution, pour encourager le recours aux séjours temporaires. Les établissements offrent désormais plusieurs solutions aux familles, pour des séjours réguliers ou ponctuels, qu'ils soient continus (séjour de plusieurs semaines par exemple) ou non. L'objectif est double : il s'agit d'une part de favoriser la substitution de soins professionnels aux soins familiaux, et d'autre part de réduire le fardeau psychologique qui pèse sur les aidants informels (non-payés).

Du point de vue de la théorie économique, les décisions de placement en institution des personnes âgées dépendantes peuvent être modélisées

sous la forme de décisions prises par un ménage représentatif composé d'un aidant et d'un aidé. Ce ménage a le choix entre deux solutions : le maintien à domicile de la personne aidée ou son placement en institution. On distingue dans la littérature deux catégories de modèles : d'une part, des modèles d'altruisme à la Becker (1974, 1981), où on étudie les décisions d'un ménage unitaire dans lequel l'aidant maximise le bien-être total du ménage (aidant et aidé), et d'autre part, des modèles à la Chiappori (1988, 1992), dans lesquels les décisions sont issues d'un processus de négociation (avec altruisme ou non) entre l'aidant et l'aidé, sachant que ces deux personnes peuvent avoir des préférences divergentes.

Ces modèles reposent sur différentes hypothèses relatives aux préférences des aidants et des aidés. Dans certains modèles (Slovinski et Stern, 2016), on suppose que le placement améliore le bien-être des aidants, mais réduit le bien-être des aidés (désutilité du placement). Dans d'autres modèles, on fait l'hypothèse que les préférences de la personne aidée sont alignées sur celles de l'aidant, en particulier lorsque l'aidé fait face à des problèmes cognitifs importants qui lui font perdre ses repères (Sloan et al., 1996).

Ces deux hypothèses ont fait l'objet de nombreux tests empiriques. Les résultats concernant les aidés ne sont pas parfaitement clairs. En effet, certains travaux (Jing et al., 2016 ; Kok et al., 2013) montrent que le placement a un impact positif sur les personnes atteintes de démence, notamment quand les soins sont de bonne qualité. Mais d'autres travaux plus qualitatifs mettent en évidence une perte de qualité de vie des personnes placées, principalement liée au fait que le placement réduit leurs interactions sociales (Ballard et al., 2001). En ce qui concerne les aidants, il semble que l'effet de court terme du placement soit différent de l'effet de long terme. En effet, si les risques de dépression et le fardeau psychologique des aidants sont réduits dans les mois qui suivent le placement, les épouses et les filles ont tendance à subir une perte de bien-être à plus long terme (Gaugler et al., 2009, 2010).

Cependant, la plupart de ces travaux souffrent de certaines limites non-négligeables : pas ou peu d'approches longitudinales ; absence d'étude qui tiendrait compte de l'impact du placement à la fois sur l'aidant et sur l'aidé ; pas de distinction entre séjours temporaires et permanents ; absence de prise en compte économétrique de l'endogénéité des décisions de placement ; pas de traitement d'éventuels problèmes d'attrition ; etc.

Dans notre article, nous tentons de dépasser ces limites en explorant dans quelle mesure le recours aux différents types de placements en institution impacte le bien-être des membres du ménage. Nous utilisons les données françaises de l'enquête REAL.FR, une étude prospective menée entre 2000

et 2007 auprès de 686 malades d'Alzheimer et de leurs aidants familiaux. Cette enquête est très riche : elle permet un suivi des ménages pendant quatre ans (le suivi étant réalisé tous les six mois) et contient de nombreuses données cliniques et économiques.

Nous mesurons le bien-être des aidants à partir de l'échelle du Zarit, qui capte plusieurs dimensions du fardeau psychologique lié à la production d'aide informelle (stress, peur, incertitude, etc.). Nous mesurons la qualité de vie des aidés à travers quatre variables captant le risque d'agitation, d'irritabilité, de dépression, et d'anxiété, que nous avons sélectionnées parce qu'elles prédisent la qualité de vie des malades d'Alzheimer (Banerjee et al., 2006). Nous pouvons distinguer les séjours temporaires et les séjours permanents, grâce à des informations sur la durée et le motif du séjour. Nos analyses contrôlent de l'effet du déclin cognitif, des problèmes comportementaux, des limitations fonctionnelles, et tiennent compte des effets temporels.

Dans nos estimations empiriques, nous prenons en considération deux difficultés méthodologiques. La première est liée à la possible endogénéité de la variable de placement. En effet, on peut supposer qu'il existe des variables inobservées (telles que la nature de la relation entre l'aidant ou l'aidé, ou la survenue d'accidents) qui ont un effet à la fois sur le placement et sur le bien-être. Pour surmonter cette difficulté, nous utilisons un modèle à effets fixes individuels, qui permet d'obtenir des estimateurs non-biaisés sous l'hypothèse que les variables inobservées restent fixes à travers le temps. Cette hypothèse étant restrictive, nous contrôlons également de la survenue de chocs ponctuels dans le ménage (décès dans la famille, dispute entre l'aidant et l'aidé, chute, etc.). La seconde difficulté méthodologique est liée à la forte attrition observée dans notre échantillon. En effet, moins d'un tiers des ménages qui participent à la première vague de l'enquête sont encore présents à la fin de l'étude. Il est donc possible que nos résultats soient liés au fait que les ménages qui vont au bout de l'étude ont des caractéristiques différentes des ménages qui sortent de l'échantillon au cours de l'enquête. Par exemple, il est possible que dans les ménages que l'on observe jusqu'à la fin de l'étude, les aidés soient en meilleure santé. Pour vérifier que l'attrition n'influence pas nos résultats, nous utilisons la méthode de Contoyannis et al (2014), qui consiste à montrer d'une part que les résultats obtenus avec l'échantillon non-cylindré ne diffèrent pas significativement de ceux obtenus avec l'échantillon cylindré, et d'autre part que la participation à l'enquête à la date $t+1$ n'est pas corrélée au bien-être des ménages à la date t .

Nos analyses montrent que les placements temporaires améliorent seulement le bien-être des aidants, alors que les placements permanents améliorent à la fois le bien-être des aidants et des aidés (en réduisant leur

risque d'irritabilité et d'agitation). Ainsi, nos résultats semblent indiquer que les placements temporaires ne peuvent pas toujours être considérés comme préférables à l'absence de placement car ils n'améliorent pas le bien-être de l'ensemble des membres du ménage. Les séjours permanents ont un effet plus important, notamment lorsque la personne aidée est très dépendante. Par ailleurs, nous trouvons que le déclin cognitif n'est pas de nature à influencer l'impact des placements (temporaires ou permanents) sur le bien-être des aidés, ce qui tendrait à invalider l'hypothèse de Sloan et al. (1996), selon laquelle l'aidé aurait des préférences semblables à celles de l'aidant, lorsque l'aidé subit un déclin cognitif important. D'un point de vue des politiques publiques, nos résultats mettent en évidence l'impact positif pour les familles de mesures facilitant l'accès à certains placements en institution.

Références

1. Banerjee, S., Smith, S.C., Lamping, D.L., Harwood, R.H., Foley, B., Smith, P., et al. (2006). Quality of life in dementia: more than just cognition. An analysis of associations with quality of life in dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 77, 146-148.
2. Becker, G. (1974). A theory of marriage: part II. *Journal of Political Economy*, 82, S11-S26.
3. Becker, G. (1981). *A Treatise on the Family*, Cambridge: Harvard University Press.
4. Fontaine, R. (2012). The effect of public subsidies for formal care on the care provision for disabled elderly people in France. *Economie publique*, 28-29, 271-304.
5. Gaugler, J.E., Mittelman, M.S., Hepburn, K., & Newcomer, R. (2009). Predictors of change in caregiver burden and depressive symptoms following nursing home admission. *Psychol Aging*, 24, 385-396.
6. Gaugler, J.E., Mittelman, M.S., Hepburn, K., & Newcomer, R. (2010). Clinically significant changes in burden and depression among dementia caregivers following nursing home admission. *BMC Med*, 8, 85.
7. Jing, W., Willis, R., & Feng, Z. (2016). Factors influencing quality of life of elderly people with dementia and care implications: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*, 66, 23-41.
8. Kok, J.S., Berg, I.J., & Scherder, E.J. (2013). Special care units and traditional care in dementia: relationship with behavior, cognition, functional status and quality of life - a review. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, 3, 360-375.
9. Paraponaris, A., Davin, B., & Verger, P. (2012). Formal and informal care for disabled elderly living in the community: an appraisal of French care composition and costs. *Eur J Health Econ*, 13, 327-336.
10. Rapp, T., Grand, A., Cantet, C., Andrieu, S., Coley, N., Portet, F., et al. (2011). Public financial support receipt and non-medical resource utilization in Alzheimer's disease results from the PLASA study. *Soc Sci Med*, 72, 1310-1316.
11. Sloan, F.A., Hoerger, T.J., & Picone, G. (1996). Effects of Strategic Behavior and Public Subsidies on Families' Savings and Long-Term Care Decisions. In S. US (Ed.), *Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions*, 45-78.
12. Sovinsky, M., & Stern, S. (2016). Dynamic Modelling of Long-Term Care Decisions. *Review*

De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social

Annie Dussuet, sociologue - CENS, Université de Nantes

Laura Nirello, économiste - CLERSE, Université de Lille 1

Emmanuelle Puissant, économiste - CREG, Université de Grenoble-Alpes

Les politiques publiques gérontologiques se sont succédé depuis les années 1980, oscillant entre politiques sociales et médico-sociales, et politiques de l'emploi. Depuis plus de deux décennies, mais avec une nette accélération depuis les années 2000, ces politiques publiques, intervenant aussi bien dans le champ de l'hébergement que dans le domicile se caractérisent par un changement de référentiel (Müller, 2011). En effet, se diffuse rapidement un *référentiel* industriel dans ces secteurs tertiaires, qui se distingue par « une recherche d'une standardisation poussée des procédés » (Gadrey, 1994:118). Il s'accompagne d'une rationalisation importante de l'organisation des services et du travail ; perçue par les autorités locales de tarification comme un moyen de « maîtriser » les dépenses publiques. L'objet de cet article est précisément de questionner l'évolution des politiques publiques dans le champ des personnes âgées aussi bien à domicile qu'en hébergement, en essayant de comprendre leurs impacts sur les conditions de travail. Ainsi, l'enjeu de l'article est double : (1) caractériser le lien de causalité entre les politiques publiques et les modalités de rationalisation de l'activité en *établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* (Ehpad) et à domicile, et (2) montrer dans quelles mesures cette rationalisation affecte et détériore les conditions de travail. L'analyse repose principalement sur une enquête de terrain réalisée dans le cadre d'un programme de recherche, intitulé : « Les salariées du secteur associatif : des conditions de travail et des relations de services spécifiques », coordonné par François-Xavier Devetter. Mis en place dans le cadre d'une réponse à un appel d'offres de la Dares, il comportait deux dimensions : une première, quantitative, avec une exploitation de l'enquête « Conditions de travail 2013 », et une seconde, qualitative, à partir d'entretiens réalisés avec des salariées travaillant en Ehpad et dans les organisations d'aide à domicile. C'est sur ce second volet que l'article repose.

La première partie permet de retracer l'évolution des politiques publiques dans le champ de la dépendance. Aussi bien à domicile qu'en hébergement,

la rationalisation se concrétise par la mise en place d'outils et de dispositifs au service d'une mise en marché et d'une ouverture à la concurrence de ces activités d'aide et de soutien auprès des personnes âgées. Parmi ces outils, on peut notamment évoquer la diffusion importante et rapide d'indicateurs chiffrés pour mesurer la supposée efficacité des activités ; efficacité comprise ici uniquement comme coût (principalement sous la forme de temps de travail, et donc de salaire payé aux salariées) rapporté au nombre de tâches réalisées.

Dans la seconde partie, nous montrons que ce processus de rationalisation industrielle conduit à une détérioration multidimensionnelle des conditions de travail. À travers l'introduction et l'usage de certains outils de gestion, la définition du service et la conception de l'activité de travail sont modifiées de façon restrictive, entraînant une intensification du travail (due aux sous-effectifs dans l'hébergement et à la compression des temps pris en charge par les financeurs dans l'aide à domicile). Au-delà de ces évolutions tangibles et mesurables de l'organisation du travail, cette intensification provoque un sentiment de qualité « empêchée » de la part des salariées. Celles-ci estiment que l'éviction de la relation humaine et sociale provoquée par l'intensification leur fait perdre le sens de leur travail. Certaines considèrent même être ainsi conduites à la maltraitance des personnes âgées. Ces dégradations des conditions de travail ont des répercussions importantes sur la santé des salariés, menant à un paradoxe : cette rationalisation engagée dans un objectif de maîtrise des dépenses publiques, parce qu'elle dégrade les conditions de travail des salariées, pèse en retour sur les budgets des organisations (à travers l'absentéisme, les accidents du travail et les maladies professionnelles), et in fine, sur les budgets publics.

Ces premiers constats et réflexions conduisent à de multiples questions : la recherche de gains de productivité a-t-elle du sens pour des activités de service relationnel, qui plus est, réalisées auprès de publics dits fragiles ? La qualité du service peut-elle être atteinte sans qualité des conditions de travail des salariées en interface avec les usagers ?

Recommande-t-on un hôpital pour la qualité des soins ?

Stratégie du médecin et du réseau social

Myriam Lescher, doctorante, LIRAES^{1, 2, *}

Ne pas citer

L'évolution du système hospitalier, caractérisée notamment par la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) et par la prise de pouvoir du patient, a accru l'intérêt porté à la qualité des soins. Si en France, les individus ont le choix quant au lieu de leur hospitalisation, les spécificités du secteur hospitalier ont longtemps empêché les patients d'être considérés comme « aiguillons du système », comme c'est pourtant le cas en économie. En effet, les consommateurs rationnels choisissent les produits les moins chers ou bien de meilleure qualité *ceteris paribus*. Or, il est difficile de savoir quels sont les prix pratiqués à l'hôpital du fait de l'exonération des frais induite par l'assurance maladie obligatoire et la qualité des soins n'est observable qu'*a posteriori*. Jusqu'à récemment, seule une proxy de cette qualité, à savoir l'effet de réputation de l'établissement ou encore les conseils du médecin permettaient d'avoir, de manière indirecte et subjective, une idée sur la qualité des soins *a priori*. La diffusion publique des indicateurs de qualité va venir remettre en cause cette assertion en diffusant des informations plus nombreuses et plus fiables sur la qualité.

La littérature indique que le conseil du médecin est important dans le choix de l'hôpital ; c'est également le cas de la réputation (Pilny et Mennicken, 2014). La renommée de l'établissement serait notamment corrélée à des indicateurs de qualité, à savoir de meilleurs résultats cliniques (Hibbard, 1997) ainsi qu'à la sécurité perçue de l'hôpital (Mira, 2014). En France, les travaux de recherche sur les canaux de diffusion de la qualité et leur contenu sont rares, malgré les forts enjeux stratégiques et de santé publique que le sujet sous-tend. Cet article a pour but de combler ce vide en étudiant (i) l'influence de la réputation de l'établissement et de la recommandation du médecin généraliste sur le choix hospitalier des patients, (ii) la spécificité de ces recommandations et (iii) leurs relations avec la qualité des établissements de santé en France

1 - LIRAES (EA 4470), Univ. Paris Descartes, Sorbonne-Paris-Cité

2 - IRDES (Institute for Research and Information in Health Economics), Paris.

* myriam.lescher@parisdescartes.fr LIRAES (EA 4470). 45 rue des Saints Pères, 75006, Paris

métropolitaine. Pour cela, nous avons utilisé des bases de données d'enquête (ESPS 2012) et administratives (PMSI-2012) afin d'obtenir des informations sur les caractéristiques des patients et de leurs hospitalisations. Une base de données unique présentant les mesures de qualité et de sécurité des soins des hôpitaux français publiées sur le site « Scope Santé » a également été utilisée. Notre échantillon étant caractérisé par de forts taux de non reports, nous utilisons le modèle de sélection d'Heckman (1977) et contrôlons ce modèle à l'aide de variables portant sur les caractéristiques de l'hôpital.

Les résultats montrent que l'information sur la qualité hospitalière transite bien de manière directe par deux différents canaux, qui ne valorisent pas la même information. Le médecin, qui semble rechercher l'information via les sites internet des établissements, va conseiller des établissements ayant un bon score d'évaluation de la douleur, variable utile aux patients, afin de fidéliser sa patientèle. Le choix d'un hôpital pour sa réputation est favorisé lorsque l'individu a des contacts réguliers avec son réseau social, ce qui laisse supposer que la renommée de l'établissement passe par la bouche-à-oreille. Le choix d'un hôpital pour sa réputation est positivement corrélé à la certification globale de l'hôpital, note de qualité générale qui se retrouve dans les palmarès journalistiques, très prisés du public. Les caractéristiques hospitalières importent puisque proportionnellement, les hôpitaux privés, de petite taille et sans service d'urgence sont davantage recommandés par les médecins et sont de bonne réputation.

Ainsi, les individus, rationnels, utilisent de manière indirecte l'information disponible : le patient est donc bien un aiguillon du système qui discrimine les hôpitaux en fonction de leur qualité. En matière de politique publique, cela implique que les hôpitaux vont se concurrencer sur la qualité des soins.



**Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche Appliquée
en Economie de la Santé (LIRAES EA4470),
Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité**

Actes du colloque du 15 mai 2018

Protection sociale et vieillissement : Regards croisés

Parution janvier 2019

CONTACT

Mail : liraes@parisdescartes.fr

Tel : 01 76 53 20 71

Site : <http://liraes.recherche.parisdescartes.fr>