

Cette présentation a été effectuée le 1er décembre 2011, au cours de la plénière dans le cadre des 15es Journées annuelles de santé publique (JASP 2011). L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP à la section Archives au : <http://jasp.inspq.qc.ca/>.

# Comment la Santé publique peut-elle aider l'économiste à promouvoir la santé publique ?

Michel Grignon (CHEPA, McMaster  
University)

1er décembre 2011

## La division traditionnelle du travail

Un projet d'évaluation suit souvent les phases suivantes (dans l'ordre chronologique) :

1. La clinicienne (la spécialiste de santé publique) récolte des données cliniques
2. Elle demande alors à l'économiste de chiffrer les coûts des ressources mises en oeuvre
3. Il en ressort un coût par unité produite par le programme évalué
4. On ne demande **SURTOUT** pas à l'économiste de regarder ce que produit le programme.

Dans ce modèle, l'économiste est un " costeur" .

## **Division traditionnelle (2)**

Dans un tel modèle, l'économiste est une sorte de budgétaire et l'évaluation revient à mettre un prix sur des unités produites par un programme de santé, puis à convaincre d'autres "économistes" (au sens de non cliniciens) que ce prix est raisonnable.

On entre alors dans une boîte noire, chargée d'estimer le caractère raisonnable (ou non) du prix (coût) trouvé par l'économiste travaillant pour la clinicienne, boîte noire dans laquelle les arguments sont de nature non cliniques. Par exemple, on va exiger que le programme "paye pour lui même" : le coût à court-terme doit être effacé par un gain à long-terme.

## **Division traditionnelle (3)**

Implicitement, l'unité produite par le programme de santé publique est convertie en unités monétaires (les coûts futurs évités).

La spécialiste de santé publique est évidemment frustrée et pense qu'un complot ourdi par les "économistes" vise à rendre la tâche impossible à la santé publique. Parfois, elle pense même que ce complot arrange bien les affaires de ceux qui vendent des traitements curatifs et elle se demande si l'économiste n'aurait pas un peu vendu son âme au diable.

## Ce que je veux faire ici

Je vais tenter de montrer qu'en fait santé publique et économie peuvent faire bon ménage.

Il est vrai que nous ne partageons pas la même vision du monde et de l'homme : vous êtes des paternalistes bienveillants, nous sommes des libertariens paternalistes. Cependant, nous pouvons nous entendre sur le dos des budgétaires car nous partageons une vision des bénéfices de la santé (publique, entre autres) qui va bien au-delà du retour (financier) sur investissement. Nous croyons tous qu'une meilleure santé a une valeur en soi et que **dans certaines circonstances et sous certaines conditions** il peut valoir la peine de financer cette valeur sur deniers publics. Ce qui nous distingue tient dans les circonstances et conditions.

Pour faire celà je vais procéder comme suit :

1. Démonter le mythe de l'économiste costeur
2. Montrer que l'économiste a quelque chose à dire sur les bénéfices cliniques
3. Développer le concept de "souveraineté du consommateur" et montrer qu'on peut parfois échanger n'importe quoi contre sa santé
4. Montrer comment la Santé publique peut aider l'Économie en décrivant ce qui est pathologique dans le fait d'échanger sa santé contre autre chose

## L'économiste et les coûts

Message central : l'économiste est comme tout le monde, il ne comprend pas grand-chose aux coûts.

L'outil de l'économiste, c'est la fonction de production et il peut dire que le coût de quelque chose en unités d'une ressource c'est la dérivée de la fonction de production selon cette ressource, pour la valeur atteinte de la production. C'est donc une notion de coût non monétaire et, en plus, variable selon les circonstances. En économie, le seul concept théoriquement solide est celui de coût d'opportunité, ce qui n'aide pas beaucoup.

## Les coûts sont toujours des histoires

Le coût suppose toujours une histoire sur les désirs du producteur.

Un exemple simple, emprunté à Claude Riveline (école des Mines de Paris), permet de comprendre : Martine, chauffeure de taxi, veut acheter une console PS3 à son fils. Elle doit aussi remplacer son taxi. Les prix sont : 15,000 pour la voiture, 3,000 pour la console. Comme elle ne dispose que de 13,000, elle va emprunter à un taux de 10% et remboursera l'an prochain. Le coût total de l'achat (voiture + console) est donc de 18,500. Peut-on dire que la console a coûté 3,500 (en lui imputant tous les coûts d'emprunt) ou seulement 3,300 (au pro-rata), ou encore 3,000, en imputant les coûts d'emprunt à la voiture.

## **Les coûts sont toujours des histoires (2)**

On voit que cette décision ne peut reposer que sur une connaissance des désirs profonds de Martine (sa hiérarchie des biens et services).

Les économistes ne s'aventurent pas trop par là - ils se contentent de dire des choses sur la tarification (qui doit payer quoi), ce qui est déjà bien assez complexe (Paradoxe du voyageur de Calais, dû à un autre économiste de l'école des Mines de Paris, prix Nobel celui-là, Maurice Allais).

Le paradoxe du voyageur suppose en fait de comprendre la psychologie de la compagnie de transport mais aussi celle du voyageur et elle introduit des mécanismes avec lesquels l'économiste est plus à l'aise, comme les incitations et l'influence des financements publics sur les comportements privés.

## L'économiste et les bénéfiques

En évaluation, on peut mesurer les résultats de trois façons différentes :

1. C/A : Unités physiques produites (par exemple, nombre de maladies évitées)
2. CUA : Nombre d'années de vie ajustées par la qualité de vie (QALY) : permet de comparer des programmes de santé entre eux
3. CBA : Une valeur (subjective) accordée au résultat (la valeur monétaire de l'unité physique produite)

## **CBA : échange santé contre autre chose**

On pense que ce qui fait l'attrait (et la complexité) de la CBA c'est l'unité monétaire, directement comparable aux coûts.

En fait, ce qui fait l'attrait de la CBA c'est qu'elle permet de comparer une intervention en santé à n'importe quelle autre utilisation des deniers publics dont le but n'est pas la santé (éducation, logement – dans ces deux cas, pour le bénéfice attendu d'une meilleure éducation ou d'un meilleur logement en soi, pas indirectement par leur effet sur la santé).

## **CBA : échange santé contre autre chose (2)**

Pour pouvoir comparer, il faut admettre que la société, et donc les individus qui la composent, ont le droit d'échanger une unité de santé contre quelques unités d'éducation, de logement, voire de consommation. Par exemple, on peut préférer acheter une plus grosse voiture même si cela signifie travailler plus dur au risque d'augmenter sa tension ou son surpoids.

C. Ruhm montre que nous faisons cela tout le temps : les récessions économiques sont en général bonnes pour la santé (notamment cardiaque, pas mentale) et s'accompagnent d'une baisse de la mortalité. L'explication est que les gens roulent moins, travaillent moins, mangent mieux et font plus d'exercice.

## La souveraineté du consommateur

Pour bien comprendre le rôle de l'argument de souveraineté, il faut voir comment l'économiste conçoit l'exercice d'évaluation : l'évaluation n'est nécessaire que si le financement est public (au moins partiellement, par des subventions ou bons d'achat).

La question est donc double : 1) le programme est-il efficace (ce qui est produit vaut plus que son coût) ? et 2) le programme relève-t-il d'un financement public ?

Il est fondamental de voir que ces deux questions sont partiellement indépendantes : un programme peut très bien être efficace mais n'avoir aucune vocation à être financé publiquement.

Évidemment, un programme totalement non efficace n'aura jamais vocation à être financé publiquement, donc l'efficacité est une condition nécessaire mais non suffisante.

## Quelques exemples

Exemple 1 : Imaginons que le dentifrice soit efficace pour la prévention bucco-dentaire (même si c'est faux techniquement, beaucoup de gens le croient). Faut-il pour autant financer le dentifrice sur deniers publics ? Faut-il l'inclure dans la liste des produits médicalement nécessaires couverts par l'Acte de la Santé du Canada ?

## Quelques exemples 2

Exemple 2 : Maintenant, admettons qu'un conseil municipal décide d'arrêter la fluoration de l'eau municipale potable au motif que "tous les dentifrices sont maintenant fluorés" (toute ressemblance avec un conseil municipal réel est hélas non fortuite) - Pourquoi réagissons-nous instinctivement de manière négative ?

## Quelques exemples 3

Exemple 3 : (Emprunté à Thaler et Sunstein, *Nudge*) - une expérience statistique montre que la manière de présenter les plats à la cantine scolaire influence significativement les choix des enfants. Faut-il utiliser ce pouvoir pour :

1. orienter les enfants vers une nourriture saine
2. maximiser le profit des écoles (ou le profit privé des principaux)
3. orienter les enfants vers ce qu'ils auraient choisi spontanément
4. ne pas utiliser ce pouvoir et réaliser les présentations au hasard

## Quelques exemples 4

Exemple 4 : La vaccination contre la grippe est sans danger, très peu chère, et permet d'éviter de gros ennuis potentiels et deux semaines de souffrance au minimum. Chacun devrait choisir la vaccination sans hésiter (d'un point de vue rationnel) mais comment justifier que les taxes de ceux qui ne souhaitent pas le vaccin le financent pour les autres ?

## **Leçons tirées de ces exemples**

On a là 4 exemples de programmes de santé publique efficaces et peu chers. Le dentifrice n'est pas financé (à mon avis) parce qu'on estime que la décision de le consommer (ou non) est prise par des individus rationnels en toute connaissance de cause. La décision sur le fluor nous choque parce que nous savons que la fluoruration de l'eau protège des enfants dont les parents ne brossent pas les dents régulièrement ou bien n'ont pas les moyens d'acheter des dentifrices fluorés.

## Leçons (2)

L'assortiment des plats pour orienter vers une nourriture saine ne nous choque pas parce que le coût pour les enfants paraît faible (aussi parce que nous ne savons pas ce qu'ils choisiraient spontanément). Nous réagirions sans doute différemment s'il s'agissait de taxer les frites. Ou bien si les enfants savaient qu'ils étaient poussés à choisir des plats qu'ils n'aiment pas vraiment (par exemple, en plus de l'assortiment, il y a une vraie gêne physique ou un stigmat social à accéder aux frites).

Enfin, la vaccination semble poser un problème différent - je vais bénéficier de la vaccination des autres autour de moi, donc je peux soupçonner ceux qui refusent la vaccination d'être des passagers clandestins (le paradoxe du voyageur de Calais).

## **Welfarisme et extra-welfarisme**

Proposition : si les décisions en matière de santé sont prises par des individus souverains et conséquentialistes, il est difficile d'imaginer une justification quelconque à l'intervention publique. Quand l'individu est souverain, l'intervention publique fera au mieux aussi bien que lui pour faire les choix (acheter du dentifrice), et dans beaucoup de cas moins bien.

## **Welfarisme et extra-welfarisme (2)**

Si un programme de santé publique est efficace et si les individus sont souverains et conséquentialistes, ils vont s'inscrire et en profiter. Réciproquement, si des individus souverains et conséquentialistes n'adhèrent pas à un programme efficace en termes de santé, c'est que les résultats de santé produits ne sont pas à la hauteur des sacrifices à réaliser par ailleurs (par exemple, ne plus fumer ou manger sainement).

C'est une proposition welfariste (elle est agnostique sur les préférences individuelles : est bon ce qui est choisi).

## **Welfarisme et extra-welfarisme (3)**

La position de la santé publique consiste à dire que si c'est efficace en santé, il faut le financer publiquement car toute résistance individuelle est toujours le signe d'un manque de rationalité.

C'est une proposition extra-welfariste : il existe un critère extérieur aux individus et qui prévaut sur leurs préférences subjectives (ici, la santé). On peut qualifier cette position de dictatoriale car elle utilise un critère extérieur aux individus.

## **Welfarisme et extra-welfarisme (4)**

Les économistes taxent la position extra-welfariste de paternalisme (on impose aux citoyens nos propres préférences, ce qui revient à leur dire qu'on sait mieux qu'eux ce qui est bon pour eux) - les spécialistes de santé publique taxent la position welfariste d'irréalisme dangereux (car si les consommateurs n'agissent pas comme les spécialistes de santé publique pensent qu'ils devraient le faire, c'est qu'ils ne sont pas rationnels).

## **Welfarisme et extra-welfarisme (5)**

Une position médiane : dans chaque cas particulier dans lequel on peut montrer que les individus n'ont pas effectué leurs choix rationnellement, le financement public sera justifié. Seulement dans ces cas-là.

La charge de la preuve incombe à la santé publique, mais il ne s'agit pas de montrer que le programme s'auto-finance dans le long-terme. Il s'agit de montrer que sans le financement public les individus ne feront pas les bons choix.

L'économie peut ici aider à mener ces études empiriques sur les décisions des consommateurs.

## **Les cas possibles**

1. les individus n'intègrent pas tous les bénéfices ou coûts sociaux (externalités) - grippe.
2. les individus ne peuvent prendre la décision par eux-mêmes (enfants, pauvres)
3. les préférences des individus sont contraintes par le contexte dans lequel ils vivent et leurs attentes.

## Les préférences déterminées

Le troisième point est le grand débat entre économistes et les autres : existe-t-il quelque chose de purement subjectif et propre à l'être humain avant qu'il n'ait commencé sa vie sociale et qui serait un socle de préférences immuables, ou bien l'être humain n'est-il que le produit de ses interactions sociales et ses préférences le résultat d'un marketing incessant ?

Ce débat philosophique entre nature et nurture est passionnant, mais ce que je propose c'est de le contourner en cherchant, dans chaque cas pratique posé, à savoir si on a affaire à des préférences subjectives à respecter ou bien à des goûts artificiellement imposés à l'individu.

## Une illustration : l'addiction

Le drogué ou le fumeur est sans doute la figure archétypique du goût artificiel et contraint. Deux économistes (Stigler et Becker) soutiennent que non : le fumeur ou le drogué est rationnel, il sait ce qui l'attend quand il commence à fumer ou à se droguer, de même que l'amateur d'opéra savait ce qui l'attendait quand il a commencé à aller en écouter.

S'ils ont raison, il ne faut pas taxer les cigarettes (sauf pour des raisons de finances publiques ou pour rembourser les coûts liés au traitement des maladies liées au tabac). S'ils ont tort non plus d'ailleurs, il faut simplement prohiber la cigarette comme les autres drogues (la taxe fait encore appel au raisonnement rationnel : on apporte une information au candidat fumeur via le prix).

## L'addiction (suite)

Il s'agit là d'une question empirique précise : les fumeurs savent-ils ce qui les attend. Les données montrent que, en moyenne, les fumeurs sur-estiment le risque de développer un cancer, mais sous-estiment le risque de devenir accrochés.

Les analyses empiriques montrent aussi une grande hétérogénéité face à la dépendance : par exemple, les impatientes ou ceux qui manquent de self-control (hyperboliques) ont aussi tendance à ne pas pouvoir décrocher "à temps". De manière intéressante, Stigler et Becker identifient les préférences temporelles (ou face au risque) comme des éléments de préférences conditionnés par les contextes (éducation) et clairement soumis au nurture.

En creux, on voit donc se dessiner l'image d'un fumeur heureux, qui prend du plaisir à fumer et décroche à temps.

## Conclusion

Ma position médiane consiste à dire que la santé publique ne devrait pas chercher à empêcher ce dernier de fumer, mais doit aider l'accroché à décrocher. Je soutiens la même chose pour toutes les drogues (et j'ajoute que la prohibition fait beaucoup pour aggraver le problème des consommateurs), mais c'est plus difficile à faire accepter.

Au total, si la santé publique acceptait de mettre en oeuvre des politiques ciblées privilégiant les sous-populations clairement incapables de prendre des décisions rationnelles, elle pourrait trouver en l'économie (empirique) une alliée. Il s'agirait de mener des études empiriques sur le degré de rationalité des décisions prises face à certains problèmes de santé publique par certains groupes et d'aider ces groupes par des interventions publiques ciblées.