

# Économie de la santé: l'art (et la science) d'influencer les comportements et la santé publique

INTERVIEW PAR MICHAËL BALAVOINE ET BERTRAND KIEFER

Rev Med Suisse 2023; 19: 5-8 | DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.809-10.5



**MAURICIO AVENDAÑO**

Mauricio Avendaño est Professeur associé à l'Université de Lausanne et co-directeur du Secteur économie et politiques de santé au Département d'épidémiologie et systèmes de santé à Unisanté. Ses recherches portent sur l'impact des politiques publiques et des changements sociaux sur la santé et les inégalités. Il est également Professeur associé adjoint à l'Université de Harvard et Professeur invité au King's College London de Londres.



**JOACHIM MARTI**

Joachim Marti est Professeur associé en économie de la santé à l'Université de Lausanne et co-directeur du Secteur économie et politiques de santé au Département d'épidémiologie et systèmes de santé à Unisanté. Ses recherches portent sur l'efficacité et l'équité au sein des systèmes de santé et visent à mieux comprendre le comportement des acteurs impliqués. Il est également Senior Research Fellow à l'Imperial College de Londres et Professeur invité à l'Université de Neuchâtel.

**Comprendre et influencer les politiques publiques qui impactent la santé de la population. Voilà grossièrement, résumée, la mission du nouveau Lausanne Center for Health Economics, Behavior and Policy (LCHE), inauguré le 26 octobre dernier. La structure, qui dispose d'un impressionnant réseau international, rassemble des chercheurs de différentes disciplines issus d'Unisanté et de la Faculté de biologie et médecine (FBM) ainsi que de la Haute école de commerce (HEC) à l'Université de Lausanne. En travaillant sur les incitatifs qui guident, dans leurs comportements, les citoyens, les patients et les acteurs du système de santé, cette nouvelle entité espère donner aux décideurs des solutions concrètes pour faire évoluer la manière de concevoir la santé en Suisse. Un travail tout en nuances, bien loin des raccourcis simplistes. Sur quoi travaillent ces chercheurs? Et comment comptent-ils s'y prendre pour éclairer les décideurs? Les réponses de Mauricio Avendaño, fraîchement arrivé à Unisanté en provenance du prestigieux King's College de Londres et de Joachim Marti, Professeur associé d'économie de la santé à Unisanté, tous deux co-responsables du Secteur économie et politiques de santé.**

**Le nouveau Lausanne Center for Health Economics, Behavior and Policy que vous avez contribué à créer s'intéresse aux politiques publiques. Comment les définit-on dans le domaine de la santé?**

**Joachim Marti (JM):** Il faut déjà bien distinguer les différents champs de notre action et ne pas confondre système de santé et système de soins. Une part importante de l'attention de l'économie de la santé porte en effet sur le système de soins, et vise donc à comprendre où se situent les prises de décision de ses différents acteurs – patients, prestataires, citoyens – et à voir de quelles manières nous pouvons les influencer en

changeant certains incitatifs. En outre, nous appliquons nos outils à l'étude des déterminants non médicaux de la santé (c'est-à-dire hors du système de soins).

**Un exemple concret?**

**JM:** Récemment, le Parlement fédéral a voté contre l'avis de la Commission santé, en se montrant en faveur d'une taxe de 50 francs pour les cas bénins se présentant aux urgences. Le but est de responsabiliser l'utilisateur et d'éviter le recours aux services d'urgence pour des raisons de confort. Avec nos recherches, nous avons clairement démontré que ce type de solutions qui paraissent simples sont souvent de mauvaises idées. Sur le long terme, cette mesure pourrait entraîner de gros problèmes d'équité, avec des populations défavorisées qui ne consultent plus, même dans des cas graves. Par ailleurs, d'autres solutions existent pour éviter l'engorgement des urgences, comme le triage par ligne téléphonique ou une meilleure coordination des soins via des case managers. Ce sont typiquement ces problématiques qui nous occupent dans nos recherches. La question pour nous est d'identifier des interventions qui peuvent influencer les comportements des différents acteurs et déterminer des mécanismes susceptibles d'agir sur eux. Pour y parvenir, nous nous appuyons sur des politiques publiques.

**Vos recherches consistent donc à identifier ce qui marche et ce qui ne marche pas dans la mise en place d'incitatifs?**

**Mauricio Avendaño (MA):** Oui, c'est un élément très important. La plupart du temps, les gens pensent qu'une décision de politique publique est noire ou blanche. Si on implémente A, alors va émerger B. La réalité n'est pas si simple. Tout est nuance dans ce monde. Ce que nous essayons d'illustrer dans nos recherches, ce sont des compromis au sens économiques ou

**LA QUESTION EST D'IDENTIFIER DES INTERVENTIONS QUI PEUVENT INFLUENCER LES COMPORTEMENTS**

trade-off en anglais. Il s'agit d'une décision situationnelle qui implique de diminuer ou de perdre quelque chose d'un ensemble ou d'un design, en échange de gains sur d'autres aspects. L'un des objectifs de nos recherches est de montrer empiriquement l'effet de ces échanges. Par exemple, une politique publique pourrait permettre des économies budgétaires mais, en même temps, augmenter les inégalités en santé. Qu'est-on prêt à faire en tant que société pour régler ce type de dilemme? C'est ce genre de questions qui nous occupe.

### Vos recherches montrent que les théories économiques peuvent se réaliser en pratique de manière inattendue...

**MA:** Effectivement. Il existe de nombreuses études théoriques sur la rationalité économique des êtres humains. Mais, dans la pratique, les comportements sont très divers et il est difficile de les faire évoluer. Le travail que fait par exemple Armando Meier, ici à Unisanté, sur les incitatifs financiers pour la vaccination et les biais cognitifs, montre à quel point il peut être ardu de prédire certains comportements à l'avance. L'implémentation d'une mesure de ce type est complexe et c'est pour cette raison que nous avons besoin d'un grand nombre de disciplines qui travaillent de façon coordonnée pour évaluer ces politiques. Ce n'est pas la même chose qu'une décision clinique dont on peut suivre les effets un peu plus facilement.

**JM:** Ce qui caractérise l'implémentation de politiques publiques dans le domaine de la santé, c'est la complexité. Le système de soins est compliqué. C'est pourquoi, pour apporter une évidence crédible, il est important de cibler des incitatifs très précis. La force de la démonstration en dépend. Malheureusement, même lorsque cette dernière est concluante, le résultat reste un monde de nuances et de statistiques, qui convient au monde académique, mais qui nous rend parfois inaudible auprès des décideurs.

### Une autre de vos missions consiste justement à aider les décideurs à mettre en place des mesures concrètes?

**JM:** Oui. Certains éléments sont certes connus au niveau international et nous pouvons les appliquer chez nous. Sauf que nous sommes très vite confrontés à la problématique du contexte. Nous essayons donc de nous mettre dès le début de nos démarches avec les décideurs pour, qu'ensemble, avec des méthodes expérimentales qualitatives ou quantitatives, nous puissions clarifier certaines problématiques. Mais cela prend énormément de temps et les impératifs des décideurs ne sont parfois pas en adéquation avec les nôtres...

**MA:** Une autre exigence des décideurs est que nous soyons très techniques dans les solutions que nous proposons. Par exemple: «ce remboursement de prestations va changer tel comportement pour telle catégorie de population ou telle catégorie d'âge dans tel problème spécifique». Il faut en plus prouver que ce changement de comportement a bien l'impact qu'on attend. Tout cela forme un savoir compliqué. Et les nuances sont parfois loin des soucis des décideurs.

**JM:** Pour que les choses changent, il faut arriver à produire la bonne évidence et à la transmettre correctement. Nous n'avons pas encore compris toute la mécanique de cette transmission. Même quand l'évidence est claire, nous n'arrivons souvent pas à avoir un message assez percutant. Par exemple, on sait que le paiement à l'acte tel qu'il existe dans le système de soins actuel

est loin d'être idéal, voire carrément dysfonctionnel par endroit. Comment changer? On se doit d'être pragmatique et d'aider les politiques à agir de manière différenciée pour que le changement soit solidement argumenté.

### L'autre possibilité est de laisser le marché s'occuper de la régulation?

**MA:** Même si les théories économiques ne fonctionnent pas toujours comme prévu dans la pratique, une chose que l'économie nous apprend, c'est que les incitatifs sont souvent efficaces pour faire changer les comportements. Pas tous les incitatifs, et pas pour tout le monde. Mais, finalement, l'enjeu est clair: soit on laisse libre cours au marché pour réguler les incitatifs, soit on essaie d'intervenir pour atteindre des objectifs tels que l'efficacité et l'équité. C'est le rôle des gouvernements et des politiques publiques que de corriger les échecs du marché.

**JM:** Les politiques publiques sont en effet là pour corriger ce qu'on appelle des échecs du marché. La cigarette est l'exemple même d'une pratique qui doit être encadrée. Il y a d'abord ses coûts sociaux: la fumée affecte celui qui fume mais aussi les autres. Il faut réguler. Il y a aussi le fait que les consommateurs

ne sont pas rationnels dans leurs choix. Ils minimisent le danger à long terme. Il n'y a plus de libre arbitre. L'État doit intervenir pour corriger cette non-rationalité et ces biais de comportements. Toute la question est de savoir comment. Une solution serait, par exemple, d'augmenter fortement l'impôt sur le tabac. Et encore, il faudrait veiller à l'impact d'une telle mesure dans les différents groupes socio-économiques.

**MA:** C'est souvent ainsi avec les politiques publiques: il faut corriger quelque chose, on est d'accord, mais on ne connaît pas les moyens pour y arriver. Le

problème des inégalités, par exemple, me travaille beaucoup. Pour les réduire, quelques experts pourraient dire qu'il faut un système national de santé centralisé. La pratique montre que ce n'est pas aussi facile, les inégalités en santé ne sont pas forcément moins fortes dans des pays avec un système national que dans ceux avec un système décentralisé. On est en revanche tous d'accord qu'il faut agir...

### Comment concrètement avancer vers de meilleures stratégies de politiques publiques?

**JM:** Il faut reconnaître que ça ronronne un peu. On nous demande des évaluations, des études, mais il n'est pas toujours facile de saisir leurs impacts. Il faudrait davantage d'ouvertures. Lancer des projets pilotes bien évalués, mais avec l'audace de prendre un peu plus de risques dans la méthodologie. Bien sûr, bien évaluer et prendre des risques, cela demande des moyens et des investissements, que nous n'avons souvent pas pour le moment. C'est dommage car, parfois, avec un tout petit pas de côté, on arrive à des résultats étonnants. Lors de l'inauguration de notre centre, une étudiante de Suisse alémanique a, par exemple, évoqué l'effet des bus de vaccination dans le canton de Soleure. L'envoi des bus a été randomisé, ce qui a permis de démontrer de manière solide une augmentation marquée du taux de vaccinations dans les endroits où les bus avaient pu se rendre. Il y a bien entendu de nombreuses questions éthiques à se poser dans ce contexte, comme de savoir s'il est admissible de randomiser une prestation publique. Mais au-delà, on voit bien qu'un peu de risque ouvre des perspectives.

**IL FAUDRAIT  
LANCER DES  
PROJETS PILOTES  
BIEN ÉVALUÉS,  
MAIS EN  
PRENANT PLUS  
DE RISQUES  
DANS LA  
MÉTHODOLOGIE**

### Parmi les incitatifs les plus disputés, il y a celui consistant à payer des individus pour encourager des comportements sains. Est-ce que ça marche ?

**MA:** Il permet d'obtenir de maigres effets positifs. Pour la vaccination, le travail d'Armando Meier à Unisanté montre, dans une étude en Suède, qu'on gagne quelques points de pourcentage en passant de 72 à 76% dans le taux de vaccinations avec une récompense d'environ 21 francs suisses. Ce n'est pas énorme mais pas négligeable non plus. À New-York, dans une étude sur des familles en situation de pauvreté à laquelle j'ai participé, on a cherché à déterminer si donner des transferts conditionnels d'argent favorise certains comportements de santé et économique. Ça ne marche pas pour beaucoup de choses. En revanche, on a constaté un effet extrêmement important sur les soins dentaires. Il n'y a donc pas, encore une fois, de réponses définitives dans les interventions que nous menons. Certaines personnes ne vont pas changer de comportements, il y a des limites valables dans certains cas et pas dans d'autres.

**JM:** Payer pour favoriser la mise en place de certains comportements implique aussi de bien mesurer l'impact budgétaire de la mesure. La durabilité de ces interventions est généralement compliquée à assurer. Sans compter que la motivation intrinsèque n'est pas bien claire vu qu'on paie des gens pour une action. Le mieux est de cibler ces actions sur des populations précises avec une durée limitée dans le temps. En France et en Écosse par exemple, de l'argent a été donné aux femmes enceintes pour qu'elles arrêtent le tabac. C'est une population bien définie qui reçoit un incitatif pour une durée déterminée pour un changement de comportement dont l'impact est très grand. En plus, il s'agit d'un «teachable moment» et d'un acte médical bien précis que le médecin peut délivrer. Donner de l'argent peut donc être intéressant dans ce cas. La question du design de ces incitatifs est passionnante: faut-il donner de l'argent ou mettre en place une pénalité? Distribuer l'argent en une seule ou en plusieurs fois? Offrir une prime si le comportement voulu est obtenu? Il y a de nombreuses variables dans les études que nous menons et chacune demande d'être testée.

### Un autre outil dont on entend souvent parler sont les nudges. Qu'en penser ?

**JM:** Ce qui me fait sourire, dans les discussions autour des nudges, ces suggestions indirectes qui visent à influencer la prise de décision, c'est la honte qu'on éprouve à les utiliser. On craint une sorte de «soft paternalism». Mais tellement de choses fonctionnent ainsi ... Par exemple, ça ne me choque pas qu'un médecin doive prescrire un générique par défaut dans son système d'information et que cela lui demande un effort de choisir un autre médicament d'une marque particulière. Il y a bien entendu toujours cet aspect normatif dans la démarche, mais le choix existe toujours: une autre option est possible. Le nudging peut être, selon moi, un élément parmi d'autres des politiques publiques, comme c'est, par exemple, le cas dans la manière de favoriser le don d'organes.

### Nombre de vos recherches portent sur les inégalités. Expliquent-elles la baisse de l'espérance de vie dans certains pays développés, notamment aux États-Unis ?

**MA:** Il s'agit à nouveau d'un problème complexe. L'Académie des sciences américaines a produit deux rapports récents sur la

question. Le premier, s'intéressant aux personnes de plus de cinquante ans, n'apporte pas de pistes de réflexion très innovantes. On y apprend que l'espérance de vie à l'âge de cinquante ans est plus faible aux États-Unis que dans d'autres pays industrialisés, en raison des taux élevés de tabagisme des femmes américaines dans les décennies qui ont précédé, qui impacte maintenant leur survie et explique en partie pourquoi les femmes américaines ont une espérance de vie plus faible que celles des autres pays, comme l'Espagne ou la France. L'autre rapport concerne les personnes de moins de cinquante ans. Cette tranche de la population américaine fume moins que celle des autres pays occidentaux et, pourtant, elle a malgré tout un niveau de santé moins favorable et un risque de mortalité plus élevé. D'après les auteurs du rapport, les inégalités sociales et économiques expliquent au moins une partie du phénomène. La population rurale, avec des contrats de travail à la fois temporaires et précaires, y apparaît fortement défavorisée en matière de santé. Cette même population fait aussi partie de la vague de prescriptions d'opioïdes dont on a beaucoup entendu parler. Ce phénomène d'inégalités de santé concerne une part importante de la population américaine de moins de cinquante ans et pourrait expliquer, au moins en partie, la baisse de l'espérance de vie. Cela dit, il reste difficile de démontrer un lien de causalité.

**CE QUI ME FAIT SOURIRE, AVEC LES NUDGES, C'EST LA HONTE QU'ON ÉPROUVE À LES UTILISER**

### Quelle est l'importance de la problématique des inégalités en Suisse ?

**MA:** Le gradient des inégalités est beaucoup plus faible qu'aux États-Unis, mais malgré tout il existe. Pourrait-on encore l'améliorer en changeant le système de soins en Suisse? Je n'en suis pas sûr. Ce que nous faisons dans nos recherches, c'est agir sur des parties très précises dans le système de santé avec des incitatifs. Mais beaucoup du devenir de la santé des individus dépend des déterminants sociaux de la santé, de la génétique et du contexte familial d'une personne. Selon les études, on agirait ainsi seulement sur 15, peut-être 20% du capital santé. Ça reste quand même faible.

**JM:** On a coutume de dire que le système de soins a une influence modérée sur la santé d'une population. Mais le problème, c'est que nous parlons surtout de mortalité. Or, je pense que, malgré tout, sur d'autres critères, notamment la qualité de vie ou la santé mentale, le système de soins joue un rôle important. Être issu d'un milieu socio-économique défavorisé rend l'accès aux soins moins évident. Le stress qui est généré par la moins bonne adéquation aux besoins n'est probablement pas un grand risque au niveau de la mortalité. En revanche, il affecte la qualité de vie.

### Observe-t-on des différences de niveau d'inégalités à travers la Suisse ?

**JM:** Il existe bien entendu des écarts d'accès aux soins et de niveau de santé entre groupes socio-économiques sur l'ensemble du territoire suisse. Ce qui est frappant dans ce domaine, c'est le rôle très différent du statut socio-économique entre la Suisse alémanique et la partie romande. On mise plus sur la responsabilité individuelle de l'autre côté de la Sarine que chez nous. Si bien que certaines régions distribuent moins de subsides ou produisent des listes noires de patients. À l'inverse, dans le canton de Vaud, le Parlement a décidé d'augmenter les subsides pour l'assurance-maladie. C'est un moyen important

de compenser le cadre fédéral qui est très rigide et de donner plus d'équité dans l'accès aux soins. Ces actions cantonales sont un outil important des politiques publiques de santé.

**Enfin, la grande autonomie des cantons fait de la Suisse un immense laboratoire...**

**JM:** Oui. La marge de manœuvre cantonale fait qu'on se retrouve dans une situation de quasi-randomisation avec une évolution dans le temps. Reprenez les subsides donnés aux assurés en fonction du revenu. Avant 2014, il existait différentes règles en Suisse. Certains cantons donnaient de l'argent directement aux ménages, d'autres passaient par les assureurs comme c'est le cas actuellement. On a pu démontrer que cela influençait le choix du niveau de la franchise par exemple, avec des répercussions possibles sur l'accès aux soins. On peut multiplier par mille les exemples où des cantons servent de groupe contrôle par rapport à d'autres. Et nous disposons de l'ensemble des outils économétriques pour évaluer de nombreuses prestations sociales de ce type. Offrir ce genre de services aux cantons intéressés représente un but important de notre centre.

**MA:** La Suisse, c'est une multitude de pays à elle seule, et c'est ce qui est passionnant dans ce type de recherche. Pourquoi des décisions différentes sont-elles prises? Et quels sont les impacts de ces différences sur la santé des gens? Mais ce qui est aussi intéressant dans notre centre, c'est cette possibilité d'agir à un niveau plus macro. Aux États-Unis, avant l'introduction de l'Obama care, il y a eu une grande étude expérimentale dans l'État d'Oregon sur l'impact qu'aurait l'élargissement de l'assurance publique sur l'accès aux soins et à la santé. Les gens qui ont reçu cette assurance et ceux qui ne l'ont pas reçue ont été randomisés. Cette expérience a ainsi montré plusieurs aspects que la mesure pourrait avoir sur la santé de la population américaine. Là-bas, il y a cette tradition de mise en place de mesure spécifique dans les États, avec une connaissance qui remonte ensuite au niveau fédéral pour y être déployée à plus large échelle (ou pas). J'y vois un objectif majeur de notre travail à Unisanté et dans notre nouveau centre: faire rayonner la recherche spécifique à un niveau macro, plus large, pour que toute la population puisse en bénéficier.