
Améliorer la santé dans les pays en développement – Qu’aimerait-on savoir ? Quatre questions pour des priorités

Jacky Mathonnat

**Édition électronique**

URL : <https://journals.openedition.org/economiepublique/8809>

DOI : 10.4000/economiepublique.8809

ISSN : 1778-7440

Éditeur

IDEP - Institut d'économie publique

Édition imprimée

Date de publication : 25 novembre 2012

Pagination : 23-45

ISSN : 1373-8496

Référence électronique

Jacky Mathonnat, « Améliorer la santé dans les pays en développement – Qu’aimerait-on savoir ? Quatre questions pour des priorités », *Économie publique/Public economics* [En ligne], 28-29 | 2012/1-2, mis en ligne le 20 décembre 2012, consulté le 18 novembre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/8809> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/economiepublique.8809>

public economics
économie publique

Revue de l'**Institut d'Économie Publique**

Deux numéros par an

n° 28-29 – 2012/1-2

idep

Accès aux soins et performance économique au cœur des politiques de santé

Thomas Barnay *

Sophie Béjean **

Jacky Mathonnat ***

Ce numéro spécial, coordonné par le Collège des Économistes de la Santé, présente des travaux originaux en économie de la santé à partir d'une sélection de communications présentées lors des 33^e Journées des économistes de la santé français à Clermont-Ferrand en décembre 2011. Comme à l'accoutumée, la revue *Économie publique* propose trois rubriques (« Panorama », « Dossiers » et « Recherches ») ¹.

La rubrique **Panorama** de ce numéro est constituée de trois articles centrés sur la problématique des politiques de santé dans les pays en développement. Le premier article met en exergue différents aspects de notre déficit de connaissances sur des questions particulièrement importantes pour la définition et la mise en œuvre de ces politiques. Les deux autres portent sur la mise en place de dispositifs

*. Maître de conférences en sciences économiques, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne (UPEC), ERUDITE, TEPP (FR CNRS 3126)

** Professeur de sciences économiques, Université de Bourgogne, LEG (UMR 5118 CNRS-Université de Bourgogne)

*** Professeur de sciences économiques, Cerdic (UMR CNRS 6587), École d'Économie, Institut d'Économie de la Santé et de Santé Publique.

Correspondance :

Thomas Barnay, maître de conférences en sciences économiques, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne (UPEC), ERUDITE, TEPP (FR CNRS 3126). Faculté de Sciences Économiques et de Gestion, Mail des mèches - Route de Choisy - 61 Avenue du Général de Gaulle - 94000 Créteil. Contact : barnay@u-pec.fr

Sophie Béjean, professeur de sciences économiques, Université de Bourgogne, LEG (UMR 5118 CNRS-Université de Bourgogne), 2 Boulevard Gabriel, 21000 Dijon. Contact : sophie.bejean@u-bourgogne.fr

Jacky Mathonnat, professeur de sciences économiques, Cerdic (UMR CNRS 6587), École d'Économie, Institut d'Économie de la Santé et de Santé Publique, Université d'Auvergne, 65 Boulevard François Mitterrand, 63000 Clermont-Ferrand. Contact : jacky.mathonnat@udamail.fr

1. Le numéro a été réalisé grâce au soutien bienveillant d'Alain Trannoy, rédacteur en chef et à l'efficacité et au dynamisme de Yves Doazan, éditeur assistant. Qu'ils soient ici remerciés.

d'assurance dans deux pays connaissant des trajectoires de développement très différentes, le Sénégal et la Chine. Comme on le sait, l'élargissement de l'assurance est une dimension essentielle de la délicate marche vers « la couverture universelle de santé » dans laquelle de nombreux pays se sont engagés.

Les trois dernières décennies ont été marquées par des progrès notables, et parfois remarquables, en matière de santé dans les pays en développement à faible revenu et à revenu intermédiaire, nous rappelle *Jacky Mathonnat*. Mais l'auteur souligne que la poursuite de cette dynamique reste confrontée à de nombreux défis. Quatre, qui interpellent particulièrement les économistes de la santé, sont retenus dans cet article. Il montre que s'il y a une relation assez forte au niveau macro-économique et micro-économique entre le revenu par tête et l'état de santé, le débat n'est pas clos concernant l'effet de l'amélioration de la santé sur la croissance. La littérature livre des résultats contradictoires, dans lesquels les questions de méthode tiennent une place souvent décisive. Il serait par ailleurs nécessaire d'élargir le questionnement, au-delà de la croissance du revenu, sur les dimensions complémentaires du bien-être à intégrer dans les analyses. Un autre champ d'investigation particulièrement important concerne les implications de « l'hypothèse des origines fœtales » d'une part, et l'analyse du rôle des incitations véhiculées par les institutions dans l'efficacité et les performances des systèmes de santé, d'autre part. Là encore, le déficit de connaissances est considérable. Concernant le second domaine, fréquemment, et en partie pour des questions méthodologiques, les analyses disponibles ne fournissent qu'assez peu d'éléments solides sur la répliquabilité des multiples expériences engagées en de nombreux pays, ainsi que sur la faisabilité et les contraintes du passage à l'échelle nationale des expériences pilotes. La dernière question abordée dans l'article est celle de la fongibilité et de l'impact de l'aide à la santé sur les dépenses de santé. Les études économétriques récentes conduisent à des conclusions opposées – l'aide à la santé ayant, selon les travaux, des effets positifs ou négatifs sur le volume total des ressources publiques disponibles pour la santé. L'auteur conclut que la réduction du déficit de connaissances en ces quatre domaines cruciaux relève d'une problématique de production de bien public mondial.

L'article de *Bruno Boidin* s'interroge sur l'extension de l'assurance-maladie au Sénégal. L'auteur souligne que plus de 90 % de la population ne disposent d'aucune couverture médicale, et que moins de 1 % bénéficie de la sécurité sociale, ce qui rend hors de portée l'objectif de couverture universelle que poursuit le gouvernement. Au regard de l'importance du secteur informel, le choix a consisté à faire des mutuelles de santé le principal vecteur de développement de l'assurance-maladie. À partir d'une analyse documentaire et d'une série d'enquêtes effectuées en 2011 et 2012 auprès des principales parties prenantes, l'auteur met en exergue un ensemble d'éléments qui éclairent la problématique du développement des mutuelles de santé dans un cadre décentralisé. Il explique pourquoi la progression du cadre

réglementaire et des dispositifs institutionnels constitue une avancée majeure. Mais d'importantes faiblesses subsistent. La viabilité financière des mutuelles demeure toujours une question de première importance. Par ailleurs, la cohérence de l'approche globale reste à construire dans un système faisant intervenir de multiples acteurs aux intérêts parfois contradictoires, le Sénégal étant ici en retrait par rapport à d'autres pays africains. L'une des manifestations en est le fait que les initiatives d'extension de l'assurance-maladie y souffrent d'une insuffisance préoccupante de coordination, tant au niveau des agences de coopération que des acteurs publics nationaux. Il apparaît de plus que subsiste un trop faible appui public au secteur mutualiste, lacune pourtant soulignée de longue date, et rendue aujourd'hui plus aiguë par les caractéristiques de la politique de décentralisation sénégalaise. Enfin, l'auteur montre que des défaillances plus larges, notamment la faiblesse dans l'offre de soins de qualité, et l'insuffisance de la réflexion stratégique transversale sur la politique de santé, fragilisent les perspectives de développement des mutuelles de santé.

C'est également sur une question d'assurance communautaire que porte l'article de *Aurore Pélissier, Martine Audibert, Jacky Mathonnat, Xiaoxian Huang et Anning Ma*. À compter de 2003, la Chine s'est engagée dans un programme très volontariste d'assurance santé coopérative en zone rurale (New Rural Cooperative Medical Scheme - NRCMS), le taux de couverture passant rapidement de 10 % à plus de 95 % de la population entre 2003 et 2008. Les auteurs analysent les effets de ce dispositif assurantiel sur les activités curatives d'un échantillon aléatoire et représentatif de 24 hôpitaux municipaux (premier niveau de référence dans la pyramide sanitaire) de la préfecture de Weifang, dans la province du Shandong. Ils utilisent les données qu'ils ont collectées, en collaboration avec les autorités chinoises, sur la période 2000-2008. Sur le plan méthodologique, ils expliquent pourquoi il convenait d'utiliser une approche en données de panel plutôt qu'un pooling pour tenir compte de la présence d'hétérogénéités inobservées. De même, justifient-ils en quoi la méthode de décomposition du vecteur d'effets fixes, encore très peu utilisée dans la littérature, est ici préférable à l'approche plus traditionnelle d'Hausman-Taylor pour traiter la question des déterminants de l'activité hospitalière invariants dans le temps. Les deux catégories de résultats s'avéreront toutefois comparables. Il ressort des analyses que le nouveau système d'assurance-maladie a eu un effet positif sur l'activité des hôpitaux municipaux. Le niveau de développement des districts joue également un rôle important, traduisant la persistance de barrières financières à l'accès aux soins. Les résultats confirment par ailleurs l'existence d'une concurrence entre les différents niveaux de structures hospitalières au sein des districts. Enfin, l'analyse met en évidence la nécessité d'une meilleure coordination des structures de soins et d'une reconfiguration de la carte sanitaire au regard des grandes différences et des niveaux généralement faibles de productivité des hôpitaux municipaux.

Quatre travaux composent ensuite la rubrique **Dossier** et s'articulent autour des questions d'accès aux soins, de complémentaire santé et d'inégalités. Ils ciblent notamment des populations en difficulté sur le marché des soins (bénéficiaires de la CMU-C ; personnes adoptant des comportements à risque) voire qui en sont exclues (personnes déclarant renoncer aux soins pour des raisons financières). Si l'objectif d'universalité de la couverture maladie obligatoire a été atteint, force est de constater que l'accès à la complémentaire santé, en raison en particulier de barrières financières, reste partiel (94 % en bénéficiant) et très inégalitaire. La mise en place de la CMU-C en 2000 a permis à environ 50 % de la population alors non-couverte de bénéficier d'une couverture santé complémentaire. Une meilleure couverture maladie permet alors de solvabiliser une demande de soins sous jacente, de préserver le capital santé des populations nouvellement couvertes mais peut aussi générer une surconsommation de soins renvoyant à un phénomène d'aléa moral *ex post* bien documenté en économie de la santé. Elle rend aussi possible l'accès à des soins de meilleure qualité et donc plus coûteux. Finalement, c'est aussi la question de l'impact d'une meilleure couverture assurantielle sur le reste à charge final du consommateur de soins qui est posée.

Les techniques économétriques d'évaluation des politiques publiques peuvent rendre compte de l'effet causal de la CMU-C sur la consommation de soins en comparant des individus « traités » à ceux qui se situent juste au dessus du critère d'éligibilité à la CMU-C et dont on peut supposer qu'ils ont des caractéristiques proches de la population traitée. C'est à cet exercice que *Sophie Guthmuller et Jérôme Wittwer* se livrent à partir d'une analyse de régression sur discontinuités, conduite sur un échantillon de près de 2 500 personnes à faible revenu vivant dans le Département du Nord. Cette méthode éprouvée reste néanmoins sujette à discussion dans la mesure où de nombreuses personnes sont éligibles mais ne recourent pas à la CMU-C² et que, parmi les personnes non-éligibles, certaines bénéficient d'une complémentaire susceptible de modifier leurs comportements de recours aux soins voire même leurs besoins. Les auteurs montrent que si la CMU-C ne semble pas accroître la probabilité de recourir à un médecin, elle permet d'augmenter significativement le nombre de visites chez le généraliste. Il est raisonnable de penser alors que cette surconsommation renvoie à l'expression d'un besoin réel de soins.

La CMU-C semble d'ailleurs jouer le même rôle qu'une complémentaire privée en limitant significativement le renoncement aux soins. C'est ce que montrent *Paul Dourgnon, Florence Jusot et Romain Fantin* qui s'intéressent au renoncement aux soins pour raisons financières dans les 12 derniers mois de l'année à partir de l'exploitation des enquêtes Santé et protection sociale de l'Irdes. Ils analysent en

2. En 2006, 1 million de personnes potentiellement bénéficiaires de la CMU-C n'avaient pas fait valoir leurs droits.

particulier le renoncement aux soins dentaires, aux soins optiques et aux visites chez le généraliste ou le spécialiste. Deux analyses sont menées, l'une permettant d'identifier, pour l'année 2008, les déterminants individuels du renoncement aux soins ; l'autre analysant l'impact du renoncement aux soins sur l'état de santé déclaré quatre ans après dans une approche causale à *la Granger*. En 2008, 16 % des personnes interrogées déclarent avoir renoncé à un soin pour raisons financières au cours des douze derniers mois. Être une femme, avoir un niveau d'éducation supérieur favorisent le renoncement aux soins contrairement à l'âge (pour les soins dentaires et les séances de médecin), à un haut niveau de revenu et à la présence d'une couverture assurantielle complémentaire. Les auteurs montrent par ailleurs que le renoncement à une date donnée t (2002 ou 2004) conduit à une dégradation de l'état de santé en $t + 4$ (2006 ou 2008), toutes choses égales par ailleurs.

Si une meilleure couverture assurantielle accroît le recours aux soins et améliore l'état de santé, conduit-elle pour autant à réduire le coût restant à la charge des patients ? *Aurélie Pierre, Anne Gosselin, Marc Perronnin et Carine Franc* testent cette hypothèse en examinant les données administratives de plus de 18 000 adhérents de la Mutuelle générale de l'équipement et du territoire (MGET) entre janvier 2001 et décembre 2005, soit 2 ans et demi avant et 2 ans et demi après la mise en place d'une sur-complémentaire proposée à l'ensemble des adhérents. L'intérêt de cette étude originale est de pouvoir, d'une part, disposer d'un reste à charge (RAC) final réel et, d'autre part, de suivre sa mise en place en situation d'expérimentation naturelle (évolution de court terme), selon la date de souscription. Les résultats montrent que les premiers souscripteurs gardent un même niveau de RAC mais que la structure de la dépense de soins ambulatoires évolue au profit des soins dentaires et de pharmacie. Les souscripteurs suivants, en revanche, voient leur RAC final augmenter. Deux phénomènes sont à l'œuvre et expliquent l'augmentation du RAC final : un effet de recours aux soins accru par la solvabilisation de la demande (dépenses de pharmacie par exemple) et un phénomène d'aléa moral.

Si la population défavorisée l'est d'abord au regard de sa faible capacité financière, elle se caractérise aussi par des comportements à risque plus répandus. *Damien Bricard et Florence Jusot* analysent les liens entre le milieu d'origine, la situation sociale et les événements d'initiation et de cessation tabagiques survenus avant l'âge de 40 ans. Pour ce faire, ils ont recours au module « Descendance » introduit dans l'enquête ESPS 2006 et sélectionnent un échantillon de près de 4 500 personnes âgées de 29 ans et plus et ayant répondu. Deux types d'analyses sont menés (analyse non-paramétrique et analyse semi-paramétrique avec modèle de Cox) et conduisent à plusieurs résultats notables. Tout d'abord l'hypothèse d'une transmission des comportements tabagiques entre générations (du père « consommateur » vers l'enfant) semble avérée. L'éducation du descendant, en revanche, favorise l'initiation (en raison également d'un effet revenu) mais aussi la cessation précoce. En outre, la situation sociale actuelle de l'individu joue un rôle

protecteur. Ces résultats corroborent l'hypothèse de transmission des inégalités des chances face au risque tabagique et conduisent à valider des politiques ciblées de prévention et de promotion de la santé tournées vers les enfants des milieux les plus défavorisés.

Les travaux présentés dans la rubrique **Recherche** de ce numéro spécial démontrent, s'il en était encore besoin, combien l'économie de la santé est un champ stimulant pour tester à la fois les prédictions de la théorie économique, qu'il s'agisse du comportement des offreurs de soins, du rapport au bien-être des préférences des patients et de leur entourage, ou de la fonction de profit d'un établissement de soins. Mais l'apport de ces travaux est surtout à mesurer dans l'aide à la décision qu'ils fournissent au décideur public pour orienter et inciter les acteurs afin de mieux répondre aux attentes des patients et des usagers tout en maîtrisant les dépenses de soins. *Fabrice Le Lec* et *Serge Macé* explorent une question qui fait aujourd'hui l'objet d'un vif débat méthodologique et théorique sur les biais de la prise en compte des QALYs dans les décisions publiques. Il s'agit de la question de la prise en compte de l'adaptation hédonique à la dégradation de la santé et de ses conséquences sur les décisions des individus. En considérant la santé comme un investissement, les décisions des individus dépendent de la perception qu'ils ont de leur bien-être futur en fonction de l'éventuelle dégradation de leur état de santé et de la perception de ce risque. La problématique est originale en ce qu'elle fait l'hypothèse que les individus ont une faculté d'adaptation hédonique, mais qu'ils mésestiment cette faculté d'adaptation *ex ante*. En effet, les travaux récents montrent que les individus atteints de maladie chronique, de handicap ou qui subissent un traitement contraignant ne sont, en fait, pas aussi malheureux que ne l'imaginent les personnes en bonne santé. *Ex ante*, lorsqu'ils sont en bonne santé, les individus anticiperaient ainsi une plus forte baisse de leur bien-être en cas de dégradation de leur état de santé, et seraient par conséquent plus enclins à investir pour prévenir une telle dégradation. À partir d'un modèle théorique à deux périodes d'investissement en santé, les auteurs distinguent les effets combinés, d'une part, de la dégradation attendue de la santé, d'autre part, du risque que cette dégradation soit plus faible ou plus forte qu'elle n'a été anticipée. Si la démonstration issue de ce modèle est claire (une mauvaise anticipation peut conduire à un sur-investissement), il faut néanmoins se prémunir des conclusions trop hâtives en termes d'aide à la décision – et les auteurs nous mettent d'ailleurs en garde à cet égard – car bien d'autres effets de sous ou sur-estimation des risques tels que la myopie temporelle existent et ne sont pas pris en compte dans ce modèle.

Roméo Fontaine explore lui aussi les décisions des individus et les effets prix ou substitution qui peuvent survenir lorsqu'un financement public rend accessibles des soins supplémentaires. Le domaine étudié est celui des soins auxquels les personnes âgées dépendantes ont recours, soit de manière informelle auprès de leur entourage, notamment auprès de leur conjoint, soit de manière formelle à travers

le système de soins. Depuis 2002, la création de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) est susceptible d'avoir créé plusieurs effets qu'il est intéressant de pouvoir mesurer : un effet sur la demande de soins formels en permettant de financer des besoins qui n'étaient, jusque-là, pas encore couverts, traduisant ainsi un effet prix dans la demande des personnes dépendantes, une augmentation de la demande de soins formels par une substitution entre soins informels assurés par l'entourage et soins formels désormais financés grâce à l'APA. Roméo Fontaine utilise un échantillon apparié entre personnes qui bénéficient de l'APA et celles qui n'en bénéficient pas issu de l'enquête Handicap-Santé Ménage (HSM). Pour les besoins de son étude, il a constitué quatre sous-groupes, selon que les personnes sont peu ou fortement dépendantes et selon qu'elles vivent seules ou avec un conjoint. Ses résultats confirment le *crowding out effect* attendu, mais surtout ils permettent d'en préciser les conditions et d'en relativiser l'intensité. Ils prouvent aussi que l'APA bénéficie principalement à celui qui la reçoit à travers la meilleure prise en charge dont il bénéficie. Quoiqu'il en soit, alléger la charge de l'entourage est aussi bénéfique pour la société si l'on mesure l'effet indirect dû à un retrait potentiel du marché du travail ou aux pathologies et au stress, induit par ces soins accordés à leur parent dépendant. Cette étude pourra aussi éclairer le débat sur l'assurance dépendance envisagée dans notre pays, en montrant les bénéfices directs et indirects de ce dispositif.

L'étude de *Vanessa Bellamy* et d'*Anne-Laure Samson* interroge une question cruciale pour la politique de santé en France, celle des dépassements d'honoraires. En effet, la pratique des dépassements d'honoraires dans le secteur 2 constitue aujourd'hui un frein à l'accès aux soins et un vrai sujet de débat entre l'assurance maladie et les syndicats médicaux dans le cadre de la politique conventionnelle. Vanessa Bellamy et Anne-Laure Samson s'intéressent plus particulièrement à la mise en place d'un nouveau contrat (l'adhésion au secteur dit « optionnel ») pour les médecins spécialistes (3 spécialités « techniques » sont concernées) qui s'engagent à effectuer au moins 30 % de leurs actes au tarif de base de l'assurance maladie et à plafonner à hauteur de 150 % de ce tarif opposable leurs dépassements d'honoraires sur les actes restants, en contrepartie d'une prise en charge plus importante de leurs cotisations sociales. À partir de l'appariement original de deux bases de données permettant de mesurer et suivre l'activité des médecins libéraux (données de l'assurance maladie) et leurs revenus (données de la DGFIP), les auteures réalisent les simulations de plusieurs scénarios visant à limiter les pratiques de dépassement d'honoraires. Le scénario du secteur optionnel pose la question de l'attractivité de ce type de contrat pour les médecins. Les résultats de l'étude concluent à l'attractivité de ce dispositif pour les seuls médecins qui pratiquent actuellement les taux de dépassement les plus faibles, finalement ceux pour lesquels cette proposition se révèle une aubaine, celle d'augmenter le niveau de leurs revenus (en raison de la prise en charge de leurs cotisations par l'Assurance

Maladie) sans trop modifier leurs comportements de pratique des dépassements. Ce nouveau secteur ne parviendrait donc pas à attirer les médecins visés par le dispositif. Sans surprise, les effets de sélection de ce type de contrat éliminent l'effet positif attendu. Il n'en reste pas moins que cette étude souligne l'intérêt et les limites d'un outil et permet d'orienter la politique de régulation en médecine libérale vers d'autres pistes, telles l'introduction de nouveaux modes de rémunération, la territorialisation des dispositifs pour tenir compte du niveau de l'offre de soins ou encore l'introduction de modes de limitation des honoraires plus contraignants. À cette question d'une actualité brûlante, les économistes de la santé offrent des solutions dont l'efficacité peut être testée *ex ante*... et devront être évaluées *ex post*. En France, les décisions sont prises désormais à cet égard, et il faudra en évaluer les effets tant en termes d'efficacité que de meilleur accès aux soins.

La question explorée par *Renaud Legal* et *Céline Pilorge* est, elle aussi, directement transposable en termes d'aide à la décision. L'assurance maladie cherche en effet à limiter le coût des prescriptions de médicaments en ciblant son action auprès des médecins identifiés comme sur-prescripteurs, par des visites des délégués de l'assurance maladie, ou par la mise en œuvre de contrats à la performance (anciennement CAPI) qui incitent les médecins à prescrire des médicaments génériques, donc moins onéreux. Les auteurs s'attaquent à ce problème en cherchant à construire un indicateur simple qui permette d'identifier les médecins qui ont un niveau de prescriptions jugé trop élevé ou trop coûteux. La question n'est pas simple à résoudre. La piste étudiée est celle d'un indicateur financier fondé sur le coût des ordonnances, ce qui inclut à la fois un effet volume et un effet prix. Les auteurs testent la fiabilité de cet indicateur en mesurant la façon dont le *case-mix* de chaque médecin peut être pris en compte pour éliminer la variabilité des coûts, inhérente aux variations de patientèle. Les auteurs utilisent la base de données de l'EPMM d'IMS Health qui présente l'avantage de coupler des données de prescriptions, de diagnostic, et des caractéristiques des médecins et des patients. La richesse de ces informations leur permet d'établir des classifications des médecins et d'étudier la variabilité des coûts des prescriptions selon les grands groupes de pathologies. Les résultats sont clairs, toute politique d'incitation doit tenir compte du *case mix* des médecins, sauf à confondre effet propre de la pratique du médecin et effet lié à sa patientèle. L'assurance maladie devrait ainsi réfléchir sérieusement à une politique de contractualisation sélective en fonction du *case mix* des patients afin de mieux atteindre les médecins qu'elle juge sur-prescripteurs... mais les systèmes d'information ne le permettent pas toujours, ce qui conduit alors à revenir à une politique d'incitations fondée sur le respect de *guidelines* de prescription sur telle ou telle pathologie. C'est la voie finalement prônée par les auteurs, mais notre pays ne se prive-t-il pas d'un atout pour la maîtrise des dépenses de prescriptions futures en n'engageant pas un chantier plus fondamental de construction d'un système d'information *ad hoc* ?

Tenir compte de la variabilité du *case mix* est aussi au cœur de l'étude de **Franck Evain** et **Engin Yilmaz** qui cherchent à identifier les déterminants organisationnels de la performance économique des hôpitaux. Là encore, les objectifs d'aide à la décision sont essentiels : il s'agit de mieux connaître les facteurs de gains d'efficacité pour affiner encore les tarifs de la T2A (tarification à l'activité) afin d'approcher au mieux le coût minimal de prise en charge des pathologies à travers les GHM (groupes homogènes de malades). La richesse principale de l'étude est de pouvoir apparier trois sources différentes de données : des données d'activité (PMSI), des caractéristiques des établissements de santé (SAE) et des données comptables et financières, pour les établissements privés (COFACE), comme publics (DGFIP). Grâce à ces données, les auteurs estiment les déterminants de ce qu'ils considèrent être une fonction de profit de l'établissement de santé (marge d'exploitation) : déterminants liés à l'environnement et en termes d'offre et de demande, à l'organisation des soins et donc de la production, et enfin à l'activité à travers le *case mix*. L'étude suscite beaucoup de questions à la fois sur les indicateurs et les variables utilisées – construits de manière pragmatique en fonction des données disponibles – sur la méthodologie et sur les résultats obtenus. Bref, il s'agit d'une étude très ambitieuse : fonction de profit, de production, effets de gamme et de taille, effets d'organisation, mode de tarification et mise en place d'une concurrence à la performance, tout est là pour attiser la curiosité de l'économiste... et l'attente du décideur pour mieux adapter sa tarification à ses objectifs d'amélioration de la performance économique des établissements de santé.