

Politiques de santé et théories économiques

Véronique Thireau

▶ **To cite this version:**

Véronique Thireau. Politiques de santé et théories économiques. 2016. hal-01311494

HAL Id: hal-01311494
https://hal.science/hal-01311494

Submitted on 10 May 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



risques chroniques émergents

CHROME

EA 7352

Document de recherche #2016-05

Politiques de santé et théories économiques

Véronique Thireau

UNÎMES UNIVERSITÉ

« Politiques de santé et théories économiques »
Par Véronique Thireau
(Chrome EA 7352)
Journée 02 juillet 2015
CRA (EA 893) Université d'Aix-Marseille/ CHROME (EA 7352) Université de Nîmes
La santé publique
A l'Université de Nîmes

La santé pose aux décideurs et aux citoyens plusieurs défis :

- un défi scientifique, celui de la conquête de l'homme par lui-même,
- un défi politique ou transparait la question de l'intérêt général,
- un défi social voire éthique portant l'accès au droit, l'égalité de traitement, les mécanismes redistributifs et la réduction des inégalités,
- un défi statistique concernant la mesure d'un problème tant individuel que collectif et que l'on peine à définir.

Enfin, un défi économique sur lequel nous allons nous attarder à présent.

I - Economie et santé : quels liens et de quoi parle-t-on ?

D'une part la santé se déploie à partir d'un ***système productif*** à part entière doté de logiques industrielles intégrées : tel est le cas des producteurs sur le marché des médicaments ou sur celui du matériel médical. Par ailleurs, nombre d'outils de gestion en vigueur dans les établissements producteurs de soins privés comme publics, dont ceux liés à la tarification hospitalière, sont empruntés au monde de l'industrie. Il en va ainsi de la fameuse T2A, issue de l'industrie automobile[1], et qui portait initialement sur la définition de groupes homogènes et donc de coûts homogènes. C'est ainsi que l'on a établi des critères à partir de groupes statistiques menant à l'équation « 1 maladie = 1 coût » et cela, quels que soient le lieu, l'établissement, les caractéristiques des malades accueillis, la spécialité médicale, le niveau d'intégration de la technologie[2], les effectifs du service ou sa charge d'urgences.

Nous entrons ainsi de plain-pied dans les questions statistiques annoncées en introduction qui modèlent les contours des modes de gouvernance de ce domaine. Le soin est non seulement devenu un élément de comptage et de définition déterminant dans la question des tarifs mais on le retrouve également dans la manière de définir le service public dans la loi HPST du 21 juillet 2009 où l'acte est central sans référence au contexte et à la finalité du service proposé au patient. Les missions de service public ont ainsi été listées et s'y retrouvent naturellement tout ce qui est peu profitable à savoir les urgences, les soins palliatifs ou la formation…..

La production de soins est donc désormais un domaine de l'économie industrielle et il n'est pas interdit de se poser des questions relatives à l'efficacité ou la rentabilité[3] de cette

[1] Ce système a été mis au point par l'équipe de R. Fetter aux Etats Unis dans les années 70.
[2] Mesuré par le rapport capital/travail
[3] Il semblerait que non dans certains cas notamment en cancérologie et en cardio-vasculaire où le taux de réadmission des patients à 30 jours du fait de renvoi prématuré a augmenté. Qui plus est le niveau de productivité dépend de la patientèle et de la nature des activités et l'on observe une sélection des patients. Voir Z. Or et alii »activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A », IRDES (Institut de Recherche et de Documentation sur la santé), 2012.
On note également de gros problèmes de codages pouvant dans certains endroits générer 20% d'erreurs…

activité pour autant que l'on s'accorde sur la définition des critères d'évaluation. La productivité a toute sa place dans une unité de production de biens et services « normaux », mais est-elle opportune voire adaptée et jusqu'où … en matière de production de « soins », activité qu'autrefois on « honorait ».

Il faut bien voir que cette santé est envisagée en vertu d'un mode de transaction et de coordination spécifiques, le ***marché avec offres et demandes de soins et de technologies***. On observe d'ailleurs au plan mondial, à travers les négociations à l'OMC notamment et les lobbyings (le check balance anglo-saxon) actifs qui y sont menés, que certains considèrent que la santé est un marché ou plutôt une formidable perspective de profits…notamment pour les assurances. A ce titre les compétences de l'économie financière peuvent ici être également sollicitées.

Ce faisant et si le droit de la concurrence est désormais très prégnant quant à l'organisation de ce fameux marché avec en filigrane une Union Européenne qui tente de peser de tout son poids, on observe des effets de pouvoir et de domination peu compatibles avec les principes de la concurrence en question[4]. Ainsi D. Tabuteau[5] décrit avec soin comment le Ministère de l'Economie et des Finances[6] (et pas de la santé…) prône dès 2002 une dissolution du service public hospitalier et met sur pied une doctrine qui suppose une approche indifférenciée des hôpitaux publics et privés. Cette posture qui s'appuie sur l'idée qu'il n'y a pas lieu de segmenter l'offre de soins hospitaliers et donc de distinguer des catégories d'établissements (publics et privés) va s'exprimer discrètement dans le Bulletin Officiel de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes en novembre 2002 en reprenant un argumentaire technique, prônant une émulation du privé par le public….Or la productivité du privé n'est pas nécessairement supérieure à celle du public….simplement les difficultés de calcul de la seconde sont tels que l'on aboutit souvent à ce type de conclusions et au cortège de poncifs sur des fonctionnaires fainéants et trop payés générant une orgie de déficits sans jamais créer la moindre richesse, ni ne prodiguant des biens…..et des services.

Si d'aucuns parlent dès lors de prédation[7] des services publics, tels A. Supiot, dans son célèbre «esprit de Philadelphie », d'autres fourbissent des arguments issus de la théorie économique. La concurrence permettrait alors de minimiser prix et coûts dans une plus grande efficacité.

Pourtant il ne faut pas oublier en route que, à l'instar de l'énergie, ***les échanges en matière de santé ne s'organisent pas spontanément sur le mode d'un marché concurrentiel*** et on retrouve plus souvent des monopoles, naturels parfois, voire des oligopoles caractérisés pour des raisons techniques et de coûts spécifiques au secteur, par la rencontre de plusieurs offreurs et une multitude de demandeurs[8].

Diverses raisons président à cela :

Tout d'abord il est question non de <u>transparence</u> mais d'une asymétrie de l'information à commencer par le fait que le médecin est sachant, le malade non. Bien que de plus en plus éduqué, le patient, même le plus rationnel, ne peut accéder, s'il n'est pas

[4] Rappelons que la concurrence est fondée sur quatre hypothèses : l'atomicité, la transparence, l'homogénéité et la fluidité. La minimisation des coûts et donc des prix qu'elle suppose n'ont de sens que dans ce cadre strict.

[5] Voir Chapitre 6 « le dogme de la concurrence » dans ***La démocratie sanitaire*** Odile Jacob 2013.

[6] Dirigé par F. Mer, gouvernement Raffarin, et qui est industriel…

[7] Utilisant le mot employé à rebours par la « théorie des choix publics » pour critiquer l'action de l'Etat.

[8] Pas d'atomicité ici…

professionnel de santé lui-même[9], à la totalité des informations qui forment la compréhension de la proposition de soins. Les médecins et autres soignants nombreux qui s'intéressent aux aspects éthiques de leurs pratiques le savent bien et depuis fort longtemps : c'est la confiance, la qualité d'écoute et d'accueil du malade et de ses proches, la patience, et la souplesse qui garantissent l'adhésion au meilleur choix de protocole de soins. La rationalité mobilisable est donc ici plutôt de nature procédurale.

Autre hypothèse mise à mal et de façon croissante : la fluidité sensée garantir l'accès de tous, offreurs et demandeurs, au marché. Or une avalanche de travaux nombreux et variés témoignent du fait que le non recours aux soins va croissant en lien avec des difficultés d'accès financières ou spatiales, et pas nécessairement sous forme de refus de se soigner. Ainsi 50% des personnes éligibles au RSA ont déclaré ne pas s'être soignées en 2013 tandis que 70% des français ont renoncé au moins une fois à des soins. Parmi eux, 63% évoquent explicitement des difficultés d'accès avec notamment le problème des délais d'attente[10].

L'hypothèse d'homogénéité des produits n'est pas plus respectée dans la mesure où les offreurs ne sont pas tous dotés des mêmes moyens et ne peuvent in fine attendre des résultats analogues dans la mesure où ils n'accueillent pas les mêmes populations, avec la même cadence, en urgence ou pas, et eu égard à leur spécialité et ses exigences. Par ailleurs certains praticiens voire établissements peuvent être tentés de se soustraire à leurs obligations illustrant un problème complexe prenant la forme du « refus de soigner »[11].

Selon l'offre, les structures de coûts pourront être impactées par des investissements parfois importants ce qui amène donc à un mode d'organisation qui correspond à ce que l'on appelle un monopole naturel qui suppose, même dans la doctrine libérale, qu'une intervention de l'Etat puisse être nécessaire.

La santé interroge donc l'économiste quant à la forme de la régulation à mettre en œuvre compte tenu du fait que l'objectif de l'organisation concernée n'est pas le profit, sauf pour ce qui concerne les structures privées, mais bien la recherche d'un bien-être collectif. Dans ce dernier cas, pas de concurrence donc, pas de prix et des coûts particuliers. Ce problème de compatibilité entre des objectifs très divergents se retrouve d'ailleurs dans le cadre des fameux partenariats publics privés dénoncés régulièrement même par la cour des comptes qui énonce, je cite[12], « la part du risque économique et financier assumée par les centres hospitaliers est la plus importante ». D'ailleurs, l'efficacité économique de tels montages est mise à mal dans nombre de publications d'économistes patentés[13].

Aussi, et en allant certes un peu vite en besogne, la question de la santé publique pose finalement à l'économiste la question de l'Etat, de son rôle et de ses attributions, de ses obligations, de ses choix et par-delà de la dépense publique à mettre en œuvre.

---

[9] D'ailleurs il n'est pas certain que même les professionnels soient en capacité de faire usage de toute leur « rationalité » lorsqu'ils sont affrontés à leur propre maladie.

[10] Voir les travaux répertoriés par l'ODENORE (observatoire du non recours aux droits et services).
Voir « le non recours aux droits, http://www.dros-paca.org/fileadmin/DROS_PACA/Cahiers_du_DROS/Cahier_du_Dros_N__16_-_Le_non-recours.pdf.

[11] Voir http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_soins_ann_ids_env_sb_1106_av_140610.pdf

[12] « Les coopérations hospitalières, Rapport sur la sécurité sociale », La Documentation française », septembre 2011 chapitre 9.

[13] Voir notamment ceux publiés dans la *Revue d'économie industrielle* sur ces questions.

L'Etat est-il un prestataire de services pour l'activité privée ce qui reviendrait à dire que la recherche de l'intérêt individuel est le seul moteur et le seul projet de l'activité publique et que le contrat est le seul cadre des relations interpersonnelles.

Est-il autre chose, porteur d'intérêt général, de bien-être collectif et inspirateur de comportements qui n'ont que peu à voir avec la satisfaction par la consommation aussi éclairée soit-elle….C'est là ce que nous allons (tenter) démêler avec la présentation des théories économiques concernées.

II – Deux lectures en opposition

A l'instar d'autres débats, les économistes s'affrontent ici selon qu'ils croient ou pas à l'efficacité des mécanismes de marché. En matière de santé, s'ils sont plutôt réputés libéraux, ils seront alors partisans de la théorie de l' « aléa moral ». Dans le cas contraire ils privilégieront « la sélection adverse ».

1 – ***L'aléa moral*** [14]

Ce dernier pose la question du comportement individuel des malades mais également des médecins voire des assureurs. On se situe donc dans une perspective individualiste, dite microéconomique où l'individu est mû par sa satisfaction s'il est consommateur (ou malade) ou ses perspectives de profit s'il est producteur (ou soignant). Il maximise son intérêt mais en ne disposant pas toujours des bonnes informations, notamment celles qui concernent les aspects collectifs en matière de santé.

On parle d'aléa ou de risque moral car celui qui le génère a des comportements non adaptés dans la mesure il n'en supporte pas les conséquences. C'est cet aléa moral qui va être à l'origine des bonus et des malus dans le domaine assurantiel.

Le fait d'être « assuré » amène l'individu à se comporter de façon couteuse et imprudente pour la collectivité. Les économistes[15] férus de ce raisonnement aiment à citer la boutade suivante : « Si on prend des médicaments quand on a un rhume on est guéri au bout d'une semaine, si on n'en prend pas on est guéri au bout de 7 jours ».

Pour ce corpus théorique, les individus, mal informés, pensent que les traitements couteux sont plus efficaces. On remarque d'ailleurs que les traitements les plus couteux sont ceux qui augmentent le plus vite et naturellement peu nombreux sont les travaux permettant de réaliser des comparatifs…..les laboratoires pharmaceutiques ou les producteurs de technologies et de matériel n'ayant évidemment guère intérêt à financer de telles études.

Qui plus est, les technologies concernées sont souvent sédimentaires c'est à dire qu'elles peuvent s'additionner (radio + RMN + Scanner etc…) au lieu de s'exclure en raison de leur obsolescence voire de faire systématiquement l'objet d'un choix stratégique.

Dans ce cadre de réflexion on considère généralement que l'offre crée la demande[16] et donc qu'une augmentation du nombre de médecins fait mécaniquement augmenter le nombre de malades (ou d'actes) mais pas toujours l'état de santé de la population.

---

[14] Voir V. Albouy et B. Crepon, « Aléa moral en santé : une évaluation dans le cadre du modèle causal de Rubin », Direction Etudes et synthèses économiques Insee G2007/12 ;

[15] Voir A. Delaigue et S. Mena, ***Nos phobies économiques***, Pearson, 2010.

[16] Selon la célèbre « loi des débouchés » de Jean Baptiste Say.

Aussi, les politiques publiques vont alors avoir pour objet de limiter la surconsommation et vont multiplier les mécanismes incitatifs tels que les déremboursements…ou la diminution du nombre de lits susceptibles d'accueillir des amateurs effrénés d'une consommation médicale servie par des médecins cupides.

Les assurances vont quant à elles segmenter les individus en fonction de leurs caractéristiques et de leur niveau de risque et tentent de faire payer plus cher ceux qui sont dans les postures les plus risquées soit en raison de leur mode de vie ou eu égard à des contraintes génétiques peu flatteuses. Ces incitations sont telles que les malades se révèleront plus conscients des coûts qu'ils génèrent via le système des franchises par exemple. Tandis que le médecin devenu responsable sera rémunéré au forfait et pas à l'acte. Le contrat devient alors la base adaptée de l'échange interpersonnel.

La responsabilisation passe par la mise en place d'un marché car on considère que c'est dans ce cadre le mécanisme le plus efficace d'allocation des ressources ce qui veut dire que l'on aboutit à une minimisation des coûts, une fixation d'un prix supérieur au coût le tout générant des mécanismes efficaces de redistribution.

2 – La sélection adverse

La sélection adverse se pose en critique de la théorie de l'aléa moral. On la doit à G. A. Akerlof, professeur à Berkeley et prix Nobel d'économie en 2001, qui récompense ses travaux sur l'asymétrie d'information.[17]

A contrario de la précédente, cette théorie légitime un système d'assurance santé le plus large et le plus uniforme possible sous tendu par l'idée d'égalité de traitement. Il s'agit d'intégrer le fait que les individus ne sont pas égaux devant le risque maladie et n'en sont pas nécessairement responsables…

Elle admet que les risques puissent être bons ou mauvais mais elle argue du fait que, si l'on n'intervient pas, le « bon risque » sera choisi par les assurances et les établissements privés et on peut aboutir à une situation où ceux qui sont le mieux soignés ou à minima le mieux couverts par la protection sociale sont ceux qui en ont le moins besoin.

Aussi le poids des plus risqués pèserait sur le collectif. C'est exactement ce qui s'est longtemps passé avec le Medicare et le Médicaid américains tandis que les Etats-Unis, souvent décriés, ont consacré 17, 9% de leur PIB en 2014 contre 11,9 pour la France. Le système et donc le mode de régulation par le marché prôné par l'aléa moral se révèleraient aussi injustes que couteux.

La solution est de proposer une assurance santé nationale portée par la collectivité, obligatoire et règlementée avec des cotisations identiques quel que soit le risque. D'ailleurs le cas des Etats Unis a également montré que le ciblage des risques génère des surcoûts pour les assurances privées qui du coup se révèlent moins efficaces en terme de productivité. Des résultats analogues sont observés en France avec la mise en place de la T2A et l'on remarque que contrairement aux idées reçues la productivité hospitalière peut se révéler supérieure à la productivité des cliniques[18].

[17] Voir le célèbre « Market for Lemons : Quality uncertainely and the Market Mechanism" publié en 1971.

[18] Notamment si on intègre les caractéristiques des « clients » ou « usagers », bref de la patientèle…Voir B. Dormont et C. Milcent « Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire », Economie et statistique, n°455 466, mai 2013.

Une assurance voire un système de soins seront d'autant plus efficaces au plan sanitaire et financier qu'ils ne laissent pas d'interstices où pourraient se glisser des populations non protégées. Epidémiologistes et économistes montrent dans des travaux conjoints que plus les inégalités sont importantes plus l'état de santé des populations se dégrade et accessoirement plus la croissance à tendance à se contracter[19].

Enfin le surcoût observé au niveau des stratégies de choix se double d'un surcoût lié au risque juridique et à l'accroissement exponentiel des contentieux et des litiges dans un système qui génère des files d'attente et qui accroit les problèmes de qualité.

Des travaux réalisés en Grande Bretagne[20] montrent que si on veut augmenter systématiquement les taux de rotation dans les lits et donc généraliser dans les structures de soins ce qui s'appelle l' «ambulatoire », on peut déboucher sur une sélection des malades qui n'ont besoin que de courts séjours, laissant de côté les longs séjours, dont la santé se dégrade et qui vont couter un beau matin très cher à la collectivité et qui peuvent également être tentés de porter plainte.

D'autres travaux supposent d'ailleurs que si on informe les patients quant aux coûts, ils choisissent plutôt spontanément la solution la moins couteuse. D'ailleurs chacun sait que l'usager (é) n'est pas spécialement adepte du confort moelleux de l'hôpital, ni des fameux plateaux repas qui ont peu de chance de faire traverser des océans et des déserts aux gastronomes les plus avertis… Responsabiliser n'est pas systématiquement accuser les uns et les autres (les patients comme les médecins) des pires dérives à venir.

Ainsi Paul Krugman, médiatique prix Nobel a souligné que l'aléa moral pouvait être inefficace et nuisible à partir de l'exemple anglais où on ne rembourse pas le malade diabétique qui prévient une affection des pieds alors qu'on le remboursera si l'infection est déclarée !!! Il démontre ainsi qu'on peut avoir l'air de diminuer la dépense (initialement en tous cas) et être totalement inefficace…



Sources : Service de Chirurgie Vasculaire CHU NîMES

---

[19] R. Wilkinson, *L'inégalité nuit gravement à la santé*, Cassini, 2002
Voir également le numéro 02 2015 de *Problèmes économiques* sur ce thème, La Découverte.

[20] K. Murphy et R. Topel, « The Value of Health and Longevity » National Bureau of Economic Research, Cambridge, working paper 11405.

Conclusion

La santé peut être source de croissance et pas seulement de dépenses même s'il faut rester vigilant face à cette dernière.

D'ailleurs si ces dépenses sont réputées augmenter[21] il convient d'être attentifs à la structure de ces hausses. Or la dépense est publique mais aussi privée et c'est cette part qui a le plus progressé. Une analyse fine des consommations des ménages montre que durant la dernière décennie, l'essentiel des gains de revenus a été absorbé par les dépenses de santé…Ainsi que le soulignent A. Delaigue et S. Mena[22], qui se plaindrait que les dépenses en matériel informatique aient augmenté durant la même période… ?

Ensuite il ne faut pas oublier qu'une part significative (un peu moins de 10 %)[23] de la hausse totale est imputable à l'évolution de la structure par âge : La encore, doit-on déplorer l'augmentation de l'espérance de vie ? Idem pour le progrès technique qui est prépondérant en la matière…

Enfin, on sait que lesdites dépenses de santé augmentent la qualité de vie. Economistes et épidémiologistes le démontrent. L'un deux, David Cutler[24] a calculé qu'une opération de la cataracte qui coûte 3000 dollars aux Etats-Unis rapporte 95000 dollars à son bénéficiaire sous forme de qualité de vie accrue. D'autres ont estimé que l'augmentation de l'espérance de vie entre 1970 et 2000 a contribué à apporter 50% au PIB américain…

Il s'agit, comme souvent d'ailleurs, de réaliser une balance entre le bien et le juste, entre les fins et les moyens, entre la « pensée qui médite » et « la pensée qui calcule », ainsi qu'aimait à le dire M. Heidegger. Comme tout processus décisionnel où des choix doivent impérativement être faits, la santé mérite une identification claire des issues potentielles, un partage des expériences et une connaissance éclairée des arbitrages possibles.

Enfin, et c'est là sans doute l'enseignement principal, il convient de ***gérer*** le risque en introduisant la question des conflits dans une analyse où chacune des parties trouve sa place. Lorsque certains imputent la défaite de 1870 à l'épidémie de variole ayant décimé les rangs des soldats potentiels on prend vite la mesure du coût d'un risque non assumé et la nécessité de promouvoir une santé publique où le collectif et donc le « politique » prend tout son sens.

[21] Dépenses de santé/PIB = 3,8 % en France en 1960 contre 11,7 % aujourd'hui contre 17,9 % pour les Etats-Unis.
[22] Op.cit.
[23] Voir statistiques de la DRES, Ministère de la Santé.
[24] http://scholar.harvard.edu/cutler/publications/us-trends-quality-adjusted-life-expectancy-1987-2008-combining-national-surveys

Bibliographie

Agence de Santé, http://www.ars.sante.fr/portail.0.html

Albouy V. et Crepon B., « Aléa moral en santé : une évaluation dans le cadre du modèle causal de Rubin », Direction Etudes et synthèses économiques Insee G2007/12

Batifoulier P., *Capital santé*, La découverte, 2014.

Barrubés J. et Portella E., « Crise économique, systèmes de santé et état de santé de la population : peut-on établir des liens ? », *Santé Publique* 2015/1 (Vol. 27), p. 5-6.

Delaigue A. et Ménia S., *Nos phobies économiques*, Pearson, 2010.

Delassus E., « La délibération comme démarche réflexive accompagnant la décision médicale », *Ethique publique*, vol.16, n°2, 2014.

Dispositif Régional d'Observation Sociale PACA, http://www.dros-paca.org/fr/etudes/

Economie et Statistique, n°455-456, 2013 «Systèmes de santé », Insee
http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/collection.asp?id=2

*Économie et statistique***,** n° 469-470, 2014 « Renoncement aux soins médicaux et dentaires » Insee.
http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/collection.asp?id=2

*Économie et statistique***,** n° 475-476, 2015 « La santé et les soins» Insee.
http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/collection.asp?id=2

Gollier C., « Le calcul du risque dans les investissements publics », rapport du CAE, Direction de l'information légale et administrative, juillet 2011.

Hertzlinger R., *Who Killed Health Care* **?** New York, USA, McGraw-Hill, 2007

http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail.html Institut de Recherche et de documentation en Economie de la santé.

Krugman P., Article du New York Times, 15 avril 2005.

Le Coz Pierre, in « Enjeux éthiques en économie de la santé », Revue de *Philosophie économique*, vol.10, n°1, 2009.

Loriol Marc, « Introduction », *L'impossible politique de santé publique en France*, Toulouse, ERES, «Action santé», 2002, 168 pages
URL:www.cairn.info/l-impossible-politique-de-sante-publique-en-franc--9782749200064-page-7.htm.

Murphy K. et Topel R., “The value of Health and Longevity”, *Journal of Political Economy*, vol 214, 2006.

ODENORE, https://odenore.msh-alpes.fr

Problèmes Economiques, n°2 2015 « Inégalités, Quels effets sur la croissance » La Documentation Française.

Revue de philosophie économique, Vol 10 n°1, « Enjeux éthiques en économie de la santé », 2009, Vrin, Paris.

Tabuteau D., *Démocratie sanitaire*, Odile Jacob, 2013.

Wilkinson R., *L’inégalité nuit gravement à la santé*, Cassini, 2002.