

Introduction à l'économie de santé

Notion de besoins de santé, d'offre et de demande

- a. Définir les besoins de santé ressentis et les besoins de santé exprimés.
- b. Définir une demande de santé exprimée et une demande de santé.
- c. Définir et décrire succinctement les modalités d'offre de soins en fonction de l'analyse de la demande et des besoins santé.

Le coût de la santé ne cesse d'augmenter et apparaît de plus de plus difficile à maîtriser avec la généralisation de la gratuité des soins dans notre pays, la généralisation de la sécurité sociale dans beaucoup d'autres pays, l'évolution des techniques médicales et la transition épidémiologique et démographique. La maîtrise des dépenses de santé se pose avec beaucoup d'acuité aux décideurs politiques. Et c'est dans ce contexte particulier que l'économie de la santé trouve toute son indication.

1.1. Qu'est-ce que l'« économie » ?

Le but principal de l'économie est de trouver des moyens pour allouer les ressources plus efficacement. En d'autres termes, se pose à l'économie la question : comment lutter contre la rareté ou la limitation des ressources pour produire des biens et services et répondre ainsi aux besoins de santé de la population, de plus en plus importants ; mais aussi de faire des choix entre des stratégies de réponse les plus efficaces.

1.2. Qu'est-ce que l'« économie de la santé » ?

L'économie de santé, dans sa démarche, cherche donc à analyser les problèmes de demande, les facteurs qui sous tendent ou expliquent cette demande, effectuer des choix, en terme d'allocation de ressources, d'évaluation des actions par leur efficacité en termes économiques. Efficacité peut signifier : Utiliser de façon rationnelle les ressources pour produire ou maximiser les résultats, c'est l'efficacité technique ou de la façon la moins coûteuse, c'est l'efficacité économique ou encore allouer des ressources entre plusieurs activités possibles, de manière à maximiser le bénéfice.

L'économie de la santé est l'application des théories et techniques économiques dans le domaine de la santé. La santé n'est pas quelque chose qui peut être acheté ou vendu. Ce sont les soins de santé qui sont des biens marchands. Donc en pratique, l'économie de la santé est l'application de théories et techniques économiques pour pourvoir aux besoins en soins de santé, préventifs ou curatifs.

Au cœur du débat social, l'économie de la santé est une branche des sciences économiques qui étudie le secteur de la santé, **producteur de biens et services** répondant à des **besoins**. L'État et les organismes de protection sociale exercent des **contrôles** sur ce secteur.

Tableau 1. Similitudes et différences entre l'approche économistes et médicale devant les problèmes de santé

	Médicale	Epidémiologie	Economiste
Objet	Malade, cas	Maladie, Problème de santé, Population	Ressources
Objectifs	Guérison, prise en charge	Connaître l'ampleur, identifier les causes,	Utilisation des ressources, satisfaction des besoins
Méthodes	Diagnostic, examens,	Enquêtes, analyses,	Analyses des coûts et financement
Résultats Attendus	Guérison, traitement	Études, connaissance plan d'action	Analyses, choix, aide à la décision

1.3. Les agents économiques

Les agents économiques sont les décideurs dans l'économie. On en distingue trois :

- Les particuliers, représentés par l'unité élémentaire de Consommation que sont les ménages,
- Les Entreprises et autres entités : chargés de la production de bien et services, et aussi de la distribution,
- L'Etat se charge des mécanismes de régulation du marché et de la définition des prix

Les décisions à prendre par ces agents : Quoi produire ? Consommer ? A quel coût produire ? Consommer ? Comment produire ? Consommer ?

Répondre à ces questions, dépend du type d'organisation de l'économie de chaque communauté ou pays : Planification centralisée, Libre marché ou système mixte (voir cours sur les systèmes de santé).

1.3.1. Les acteurs économiques dans le marché des soins

Qui sont les acteurs économiques de ce secteur ?

le « client », également appelé « usager », « consommateur » ou « patient » : Le **consommateur ou usager** souhaite bénéficier des meilleurs soins possibles.

le professionnel de santé qui prescrit des biens et services tels que des médicaments, etc.) : doivent répondre à la demande du patient, rentabiliser leurs activités et contribuer à la maîtrise des dépenses de santé en opérant des prescriptions judicieuses et pertinentes. Il cherche aussi à être rémunéré en conséquence.

les établissements publics ou privés de santé ; doivent répondre à la demande des usagers ; une réponse efficace, utile et à moindre coût

les groupes pharmaceutiques : tout en recherchant en priorité le bénéfice mais l'État veille en réglementant les prix des médicaments.

les organismes de protection sociale (la Sécurité sociale, les mutuelles, les assurances privées) ;

l'État : Le rôle de l'**État** est de faire coïncider la cohérence du système de santé avec la maîtrise des dépenses.

L'éthique : acteur virtuel qui s'introduit dans tous les rapports entre les différents acteurs dans un système de soins.

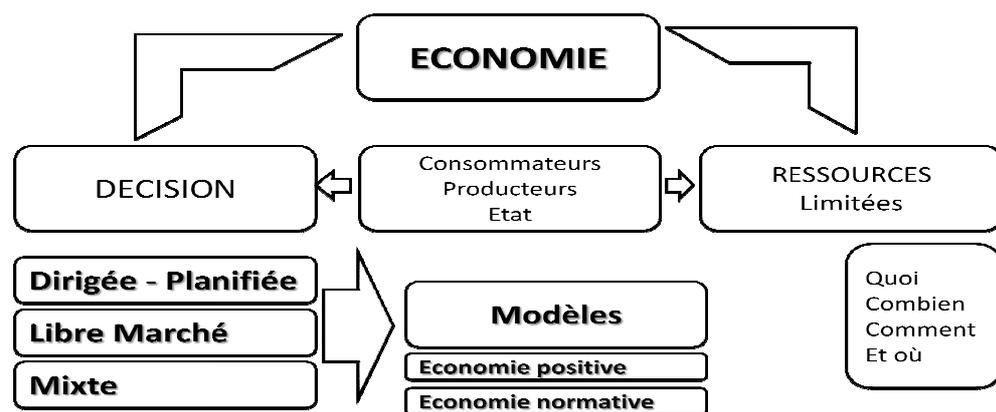


Figure 1.

La santé, un produit spécifique

L'organisation mondiale de la santé définit santé n'est pas un bien comme les autres. Le consommateur (ou patient) n'est pas le décideur puisque c'est le médecin qui prescrit la dépense. Le consommateur n'est pas non plus celui qui paie puisque le financement est collectif (grâce à la protection sociale). Ainsi, le

médecin doit utiliser au mieux les **ressources communes** qui vont permettre à chacun d'être protégé contre les risques de santé.

2. Notions de besoin, de demande et d'offre de santé

Le **rôle de la société** est de répondre aux besoins des individus dont elle a la charge, à travers différents dispositifs comme la justice pour les besoins de sécurité, les mesures sociales pour les personnes démunies, le système de soins ou les structures d'accueil pour couvrir les besoins de santé.

2.1. La notion de besoin de santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) fait référence à la notion de « **bien-être** » pour définir la santé : « Le bien-être peut être considéré comme la satisfaction des besoins et l'accomplissement des capacités physiques, intellectuelles et spirituelles. »

Pour conserver sa santé, c'est-à-dire un **équilibre physique, mental et social**, l'homme doit satisfaire des besoins :

- des besoins primaires, indispensables au maintien de la vie biologique, au bien-être physique ;
- des besoins secondaires, qui varient selon les individus ou les groupes sociaux (besoins psychologiques, affectifs, intellectuels, qui correspondent au bien-être mental et social).

En santé publique, on entend par « besoins de santé » un «**écart** entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité. Les besoins correspondent donc au **désir propre de chaque individu** de trouver les moyens destinés à réduire.

En économie de la santé, le besoin de santé peut aussi être défini comme un **manque**, un **écart** entre l'état de santé existant et observé d'une part, et l'état de santé désiré d'autre part. Les besoins de santé évoluent sans cesse avec l'amélioration de la qualité de vie et le développement du progrès médical. L'économie répond aux besoins de la santé par la production de biens et de services proposés par le système de soins.

2.2. La demande de santé

La demande de santé est un **besoin de santé exprimé et mesuré** par l'épidémiologie en termes d'indicateurs sanitaires ou l'économie de la santé en termes de moyens et ressources pour y répondre, et qui se traduisent par le recours aux soins. Un besoin de santé, ressenti ou réel, n'est pas toujours exprimé.

Plusieurs facteurs peuvent influencer sur la demande de santé, telles que l'âge, le niveau socio-économique, le revenu, le niveau d'instruction, la couverture sociale et l'état de santé réel et désiré ; il est aussi influé par l'environnement et l'évolution technologique ; on parle alors de demande induite.

1.3. L'offre de santé

L'offre de santé permet de **répondre à la demande de santé**, aux besoins exprimés.

Dans un système de santé il faut distinguer 3 niveaux d'offre de soins: le premier niveau des soins de santé primaires, un second niveau de référence et le troisième de haut niveau technologie (hôpitaux universitaires et établissements spécialisés)

Une offre de santé est constituée par un ensemble de biens et de services (consultations, analyses) médicaux. L'offre de santé évolue en quantité et qualité (réformes).

3. Évolution et financement des dépenses de santé

En forte progression sous l'effet de plusieurs facteurs liés à la demande et à l'offre de santé, la croissance des dépenses de santé, plus rapide que celle des revenus, atteint en 2010 11,8 % du PIB (contre 4% du PIB). Ce secteur est créateur d'emplois mais l'effort ne peut rester illimité, c'est pourquoi la question

du contrôle et de la maîtrise des dépenses de santé s'impose, afin que le système de protection sociale ne soit pas en danger.

3.1. Les comptes de la santé

Les comptes de la santé (Comptabilité nationale) donnent chaque année une évaluation du montant total des dépenses effectuées dans le domaine de la santé et permettent d'en analyser l'évolution. Ils distinguent différents agrégats, dont deux principaux :

- la dépense courante de santé (DCS) et
- la consommation médicale totale (CMT).

La **dépense courante** de santé est la somme des dépenses engagées par les financeurs du système de santé (État, collectivités locales, Sécurité sociale, mutuelles et complémentaires, ménages). Elle comptabilise à la fois la consommation médicale totale et les autres dépenses individuelles et collectives : les indemnités journalières, les subventions reçues par le système de santé assimilées à des dépenses, les dépenses de recherche et de formation médicales, la prévention collective et les dépenses de gestion de l'administration sanitaire.

La **consommation médicale totale** comprend la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) et la consommation de services de médecine préventive. Elle se compose des soins hospitaliers, des soins ambulatoires ou de ville réalisés par les médecins, les auxiliaires médicaux, les dentistes, des services (transport des malades), des biens médicaux (médicaments, prothèses). La consommation des services de médecine préventive regroupe les actions dont ont bénéficié individuellement les personnes (protection maternelle infantile, vaccinations, santé scolaire, santé au travail, médecine pénitentiaire, etc.).

3.2. La dépense nationale de santé

La dépense nationale de santé est évaluée à partir de la dépense courante de santé en déduisant les indemnités journalières, les dépenses de recherche et de formation médicales et en ajoutant les dépenses d'investissement en infrastructures de soins de santé.

Ce sont les **pays industrialisés** qui dépensent le plus pour leur santé. À l'époque, la dépense totale de santé y représente 11,1 % du PIB. Dans la plupart des pays, les dépenses de santé ont progressé à un **rythme plus rapide que la croissance économique générale**.

3.3. Le financement des dépenses de santé

Plusieurs acteurs interviennent dans le financement des dépenses de santé : la Sécurité sociale, le secteur public (l'État et les collectivités locales), les mutuelles, le secteur privé (les ménages, les assurances).

Le financement des dépenses de soins et de biens médicaux est assuré en partie par la **Sécurité sociale** (30 – 40 %). L'état à hauteur de (50 – 60%), et par les ménages à environ 10 - 20%.

Le développement de la **protection sociale complémentaire** (les mutuelles, les sociétés d'assurance, les institutions de prévoyance) montre que les assurés sociaux souhaitent toujours bénéficier d'une prise en charge des consultations et des médicaments de moins en moins remboursés par la Sécurité sociale.

3.4. Les facteurs de croissance de la consommation en santé

La croissance des dépenses de santé peut s'expliquer par une augmentation de l'offre et de la demande.

Les **causes de l'augmentation de l'offre** sont liées aux soins ambulatoires (démographie médicale, liberté de prescription des médecins), aux soins hospitaliers (progrès des techniques médicales,), au prix des médicaments et aussi l'accessibilité et la gratuité des soins.

Les **causes de l'augmentation de la demande** résident dans le vieillissement de la population, dans une demande de plus en plus exigeante des usagers, accès facile à l'information, dans le système libéral de la médecine (liberté de consultation désormais contrôlable par la mise en place du « médecin référent »).

4. La maîtrise des dépenses de santé

Pour éviter une diminution de la qualité des soins et leur rationnement, la notion de **maîtrise médicalisée des dépenses de santé** est évoquée. Le chômage, l'augmentation de l'offre et des dépenses de santé sont les principales causes du **déséquilibre du budget de l'Assurance maladie**. Les politiques ont donc mis en place des mesures pour rationaliser les dépenses de santé (équilibrer les dépenses et les recettes tout en assurant à chacun le meilleur état de santé).

Les mesures de **réduction des dépenses hospitalières** résident dans la planification sanitaire (répartition optimale des services) pour limiter l'offre, le mode de tarification à l'activité pour une meilleure approche médicalisée de l'activité (réforme Hôpital 2007), les alternatives à l'hospitalisation afin de réduire les coûts de prise en charge.

Les mesures de **réduction des coûts de la médecine de ville** doivent responsabiliser les professionnels de santé : il s'agit du *numerus clausus* qui fixe le nombre de professionnels à l'entrée en formation pour limiter l'offre de soins, des références médicales opposables (RMO) qui indiquent les prescriptions et les actes nécessaires au traitement d'une pathologie, le dossier médical personnel informatisé (DMP) qui retrace la « vie médicale du patient ».

Il s'agit aussi d'inciter les usagers à consommer moins, à modifier leurs comportements, avec la mise en place d'une **politique de prévention** (campagnes d'information) et l'instauration du **parcours de soins coordonnés** (choix du médecin traitant pour limiter le nomadisme médical).

La **participation des patients** augmente à travers la mise en place du ticket modérateur (part qui reste à leur charge), le forfait hospitalier journalier encore dérisoire, sur les actes d'auxiliaires médicaux, sur les transports sanitaires et le déremboursement de médicaments pour limiter la demande.

Le développement de la politique du médicament se met en place avec la prescription de **médicaments génériques**.

Le vieillissement de la population, mais aussi les progrès technologiques et médicaux, contribuent à faire progresser les dépenses de santé. L'État recherche à les maîtriser en rationalisant l'offre de soins et en responsabilisant les professionnels.

Le système devrait vigoureusement encourager les patients à prendre pour principe de consulter le médecin généraliste en premier lieu sauf en cas d'urgence. La loi sanitaire prévoit le médecin référent pour cette disposition¹.

Quelques références

1. - Beresniak A., Duru G., Abrégé d'économie de la santé
2. - McGuire, A., J. Henderson, and G. Mooney, 1995, The Economics of Health Care, Routledge, London.
3. - Economie de la santé, Principes d'évaluation économique pour les responsables des programmes de contrôle des maladies tropicales ; Organisation mondiale de la Santé ; Juillet 2003

¹ Loi n° 18-11 du 18 Chaoual 1439 correspondant au 2 juillet 2018 relative à la santé