

# CONFÉRENCE 1 :

## La science économique et son application au domaine de la santé

### 1. OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

À la fin de cette séquence de formation, le participant sera capable de :

- comprendre la problématique, les domaines d'application et les concepts de base en économie de santé ;
- cerner les spécificités du « regard économique » sur la santé par rapport à la perspective médicale ou épidémiologique ;
- distinguer les principales approches théoriques et méthodes de l'économie de la santé à travers des exemples d'application ;
- comprendre dans quelle mesure l'économie de la santé répond à un principe éthique en matière de santé publique.

### 2. PROGRAMME/CONTENU

La conférence est structurée autour de quatre thèmes abordés successivement :

- La santé : un nouveau domaine d'étude pour les économistes
- Le domaine micro-économique de la santé (quelques exemples d'application) :
  - Les spécificités du marché des soins de santé
  - Influence de l'offre sur la demande : la demande induite
- Le domaine macro-économique de la santé (quelques exemples d'application) :
  - Le concept de coût d'opportunité et son implication dans les choix collectifs
  - Les relations d'interdépendance entre l'économie et la santé
- L'économie de la santé et la question éthique

### 3. DURÉE

03 heures.

## INTRODUCTION

Cette première conférence va vous initier, en tant que professionnel de la santé, à l'analyse économique appliquée au domaine de la santé. Dans notre exposé, nous insisterons particulièrement sur le rôle important de la perspective économique dans les choix collectifs. L'approche économique permet ainsi d'éclairer le débat public et la décision politique, notamment à travers la mesure et l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience du système et des programmes de santé.

Nous chercherons en priorité à éclairer les enjeux, les controverses, les postures et stratégies d'acteurs en présentant, de façon critique, les principales approches économiques qui traversent ce champ. Nous illustrerons également le fait que les questions économiques peuvent être extrêmement importantes comme dimension d'une réflexion sur l'éthique en santé. Mais, si l'approche économique s'impose ou plutôt doit s'imposer davantage dans le contexte algérien, nous soulignerons à la fin de notre exposé qu'elle ne peut apporter toutes les réponses.

## I. LA SANTÉ : UN NOUVEAU DOMAINE D'ÉTUDE POUR LES ÉCONOMISTES

### 1. De l'économie...

- **La plupart des besoins qu'éprouvent les êtres humains** pour se nourrir, se vêtir, se loger, se distraire ou se cultiver **ne peuvent pas être satisfaits spontanément**, par les seuls bienfaits de la nature.
- Les Hommes doivent donc **consacrer du temps et des efforts** à exploiter la nature et à **produire les biens qui répondent à leurs besoins**.
- Ainsi, un besoin ne présente un caractère économique que si sa satisfaction **nécessite des moyens matériels, humains ou financiers**.
- C'est cette **rareté relative des ressources** aptes à satisfaire directement leurs besoins **qui oblige les Hommes à avoir une activité économique** (travailler, produire...), et c'est à cette activité économique que s'intéresse la science économique.
- En épistémologie, une « science » est définie par son **objet d'étude** et par sa **méthode**.

#### ⇒ DÉFINITIONS 1 : *Par son objet d'étude*

- C'est la science qui étudie comment les hommes **organisent leurs activités**, en vue de **produire les biens et les services** qui vont leur permettre de **satisfaire leurs besoins**.
- L'économie étudie donc la façon dont les Hommes gèrent les **ressources rares** en vue de satisfaire des **besoins qui tendent vers l'infini**.

- Plus concrètement, elle analyse la *production*, la *répartition* et la *consommation des biens et services (outputs)* ayant une **utilité** et produits grâce à l’usage de **facteurs de production (inputs)** : capital et travail.

**N.B.** L'économie reste une **science sociale**... même si elle n'a jamais cessé de se rapprocher des sciences dites « dures », à travers l'**importation d'outils et de modèles** issus des mathématiques, de la physique ou encore de la biologie.

Tout d'abord, il faut rappeler que l'économie est une **science sociale**... même si elle n'a jamais cessé de se rapprocher des **sciences dures** (mathématique, statistique, physique, biologie ou encore neuroscience).

Beaucoup de **modèles économiques** sont importé de ces disciplines ; on parle ainsi d'**économie expérimentale**, d'**économie évolutionnaire** ou encore plus récemment de **neuro-économie**.

#### ⇒ DÉFINITION 2 : *Par sa méthode*

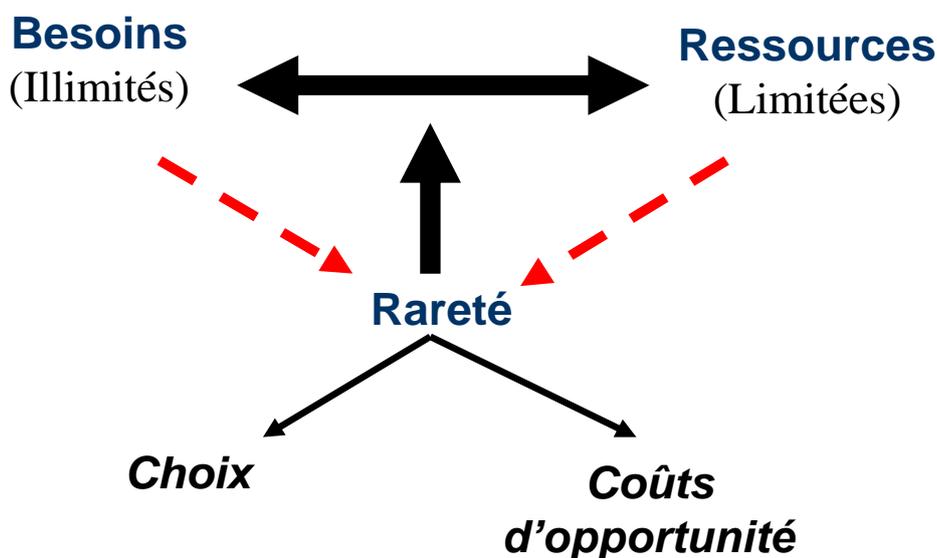
- C'est la science de l'**optimisation de l'usage des ressources rares** dont dispose la collectivité.
- **OPTIMISER**, c'est **gérer au mieux les ressources rares dont dispose la collectivité** ; c'est **obtenir le meilleur résultat (efficacité) avec le moins de ressources possibles**.
- Plus concrètement, l'économie cherche à définir les conditions permettant d'obtenir :
  - ✓ soit le **maximum d'efficacité (résultats)** grâce à un volume déterminé de ressources ;
  - ✓ soit le **coût minimal en ressources** pour un niveau déterminé d'efficacité (résultats).

**N.B.** Dans le monde contemporain, l'économiste se pose de plus en plus comme un **PRESCRIPTEUR DE RATIONALITÉ**... d'une forme particulière de rationalité : la **rationalité économique**, qui tend de plus en plus à « déborder » sur les autres champs sociaux (éducation, santé, aménagement du territoire...).

## ENCADRÉ 1 :

### L'économie comme la science de l'allocation efficace des ressources rares

**DÉFINITION GÉNÉRIQUE :** La science économique aide à **formaliser les arbitrages nécessaires** pour résoudre la tension permanente entre les **besoins (potentiellement) illimités** des êtres humains et le **caractère limité** des ressources disponibles.



## 2. ... à l'économie de la santé

### → Selon la DÉFINITIONS 1 (*Par son objet d'étude*)

- L'économie de la santé s'intéresse à l'obtention, à la diffusion et à l'utilisation du « **capital santé** » dans une population, grâce à la *prévention*, aux *soins* et à la *modification des attitudes*.
- Cette définition conduit à distinguer :
  - ✓ d'une part, la **production d'utilité** (*extrant/output*) : l'état de santé de la population,
  - ✓ et d'autre part, les **moyens mis en œuvre**, les **facteurs de production** (*intrants/input*) : hôpitaux, médecine de ville, médicaments, prévention et attitudes influençant les états de santé.

### → Selon la DÉFINITIONS 2 (*Par sa méthode*)

- L'économie de la santé se propose d'**optimiser l'usage des ressources allouées à la santé**.

- Plus concrètement, elle cherche :
  - ✓ comment obtenir le meilleur **état de santé individuel ou collectif** à l'aide des **moyens financiers, techniques et humains** disponibles ;
  - ✓ ou encore, comment **minimiser le coût d'obtention d'un état de santé défini**.
  
- Quel que soit la définition adoptée, la santé et les moyens mobilisés pour le secteur relève bien de l'**approche économique**.
- En effet, même si l'on affirme encore au « café du commerce » que la « *santé n'a pas de prix* », chacun doit reconnaître que **les moyens mis en œuvre** (qui sont par définition rares, limités) **ont un coût pour la collectivité**.
- **Tout système de santé comporte donc une dimension économique** qu'il est indispensable de prendre en compte à la fois dans les *choix collectifs et la pratique quotidienne des professionnels de santé*.
- L'approche économique s'applique aussi bien à l'**analyse des techniques médicales** (ex. arbitrage dialyse/greffe dans le traitement de l'insuffisance rénale), la **sélection des meilleurs programmes de prévention**, l'**organisation d'un hôpital**, la **rationalisation des filières de soins** ou encore l'**opportunité de donner une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour un nouveau médicament** (pharmaco-économie).
  
- Cependant, **l'économie est souvent mal perçue parmi les professionnels de la santé**. Les raisons en sont multiples et variées :
  - ✓ **l'économie**, dans l'inconscient collectif, reste **synonyme de rationnement des ressources** voir d'**austérité budgétaire** ;
  - ✓ **l'économie est trop souvent assimilée au commerce et au profit**, en conséquence l'application du raisonnement économique à la santé implique la *dévaluation de la vie* et la *négligence de la souffrance* ;
  - ✓ **la santé est largement perçue comme un droit** et devrait être, en conséquence, en dehors des **logiques comptables ou financières**, etc.

## ENCADRÉ 2 :

### Logiques médicale/épidémiologique *versus* Logiques économique/Assurance-maladie ?

⇒ Face à un problème de santé, plusieurs **rationalités** – tantôt complémentaires, tantôt contradictoires – peuvent être mobilisées :

<i>Approche</i>	<b>Médicale</b>	<b>Épidémiologique</b>	<b>Économique / Assurance-maladie</b>
Objet	Cas médical Patient	Groupe de malades Pathologie	Ressources
Méthodes	Diagnostic Traitement	Enquête épidémiologique Données épidémiologiques Analyse épidémiologique	Données économiques Estimation Coûts Financement
Produits	Ordonnance Hospitalisation	Études épidémiologiques Plan d'action épidémiologique	Études économiques Budgétisation
Résultats attendus	Prise en charge Guérison	Explication des causes Maîtrise des programmes au sein de la population Plaidoyer (problème de santé publique)	Conséquences Efficience Optimalisation Allocation rationnelle des ressources

### 3. Les sous-disciplines de l'économie

- L'économie est divisée en **2 grandes branches** : la *microéconomie* et la *macroéconomie*.

⇒ **La MICRO-ÉCONOMIE**, qui étudie (au *niveau individuel*) les **motivations**, les **comportements** et les **interactions** des **acteurs économiques** (ménages, entreprises, administrations de l'État...).

*Exemples :* comportement du consommateur, comportement d'épargne d'un ménage, choix d'investissement de l'entreprise, mécanismes de formation des prix...

⇒ **La MACRO-ÉCONOMIE**, qui se place au *niveau collectif* (agrégé) et étudie l'économie comme un tout, un ensemble.

- Elle tente de comprendre les **interactions** qui s'instaurent entre les différents **agrégats** au *niveau national, sectoriel ou bien encore régional*.

- Les agrégats représentent des **volumes globaux de flux** : Produit Intérieur Brut (PIB), revenu national, niveau d'emploi, investissement, épargne des ménages, Dépense Nationale de Santé (DNS), etc.

*N.B. Entre ces 2 sous-disciplines, on peut aussi distinguer la **méso-économie** qui est une analyse économique déployée au **niveau sectoriel ou territorial (local)**. Ici, on prend comme objet d'analyse un **secteur d'activité** (secteur agro-alimentaire, industrie pharmaceutique...) ou un **territoire donné** (wilaya ou commune).*

#### 4. Les sous-disciplines de l'économie de la santé

- Comme la science économique, l'économie de la santé se divise aussi en 2 grandes branches : la *micro-économie de la santé* et la *macro-économie de la santé*.

##### 4.1. La micro-économie de la santé

- La **micro-économie de la santé** permet d'**analyser les comportements individuels des agents du système de santé**, notamment dans *les choix qu'ils opèrent* :
  - ✓ Choix du prestataire (public ou privé) par le patient
  - ✓ Adhésion ou non des médecins/population aux politiques de prévention

##### 4.2. La macro-économie de la santé

- La **macro-économie de la santé** permet d'**analyser le fonctionnement global des systèmes de santé** :
  - ✓ Comment le financer (par l'impôt, par les cotisations sociales, le patient) ?
  - ✓ Comment l'organiser (relation entre ses acteurs, hiérarchisation des services de santé) ?
  - ✓ Conséquences de l'état de santé des populations ou des dépenses de santé sur la croissance économique ?

#### 5. Approche historique de l'économie de la santé

- Dans ce qui suit, nous allons essayer de resituer les **quelques repères chronologiques** relatifs à la construction de la discipline. Notre propos n'étant pas de viser à l'exhaustivité en la matière, mais plutôt de poser les **grandes étapes de la construction de la discipline**.
- D'aucuns soutiennent que l'économie de la santé est une **discipline « jeune »**, c'est-à-dire au développement récent. Certains ne lui confèrent même pas le statut de discipline : ils en font tout au plus **un outil au service d'une autre discipline** comme par exemple la santé publique.

- C'est ainsi que l'économie de la santé reste souvent enseignée dans des **diplômes ou des formations à visée de santé publique**. Le plus souvent ces enseignements sont dispensés par des **médecins mal ou peu formés à cette discipline**.
- Nous voulons assumer ici que l'économie de la santé, au fil de son histoire, a réussi à **construire ses propres modèles d'analyse**, au point qu'elle a abouti, de notre point de vue, à **s'ériger en tant que discipline** et non plus comme un simple domaine d'étude ou d'analyse, ce qui fut certainement le cas à ses débuts, c'est dire le caractère artificiel des premières études en économie de la santé.
- Les premières études avaient **une visée descriptive de ce domaine d'analyse** nouvellement découvert ou approprié par les nouveaux économistes de la santé.
- En effet, la santé n'a que **relativement tardivement** intéressé les économistes : il a fallu attendre que la santé devienne un **enjeu économique significatif**, bref qu'un véritable marché de la santé se développe, principalement aux États-Unis, et représente des sommes de plus en plus importantes.
- Dans ces conditions, rien d'étonnant à ce que l'économie de la santé **prenne naissance aux États-Unis**, pays où **la santé est très rapidement devenue « un marché »** dans lequel **l'assurance privée** a joué un rôle déterminant à la fois *d'acheteur de soins pour le compte de ses clients (et non patients)* et de *régulateur des comportements de consommation*, puisqu'un bon client est celui qui paie sa prime d'assurance sans utiliser le service d'assurance, donc celui qui n'utilise pas le système « offert » par l'assurance dans le cadre du contrat souscrit.
- Le **besoin de régulation des dépenses** de la part de l'assurance va **ouvrir une demande** de la part de cette dernière : dans le cadre de la recherche de la réduction de ses dépenses et de la régulation des comportements de soins, elle va formuler une **demande aux économistes** en vue *d'optimiser les dépenses de soins en faveur des clients* et en vue *d'augmenter au maximum son profit pour le compte des actionnaires financeurs de l'assurance*.
- Cette **recherche du profit** sur un marché encore peu régulé va **marquer la genèse de l'économie de la santé** dès la fin des années 1950 et surtout durant les années 1960.
- En Europe et dans le reste du monde développé, l'intérêt pour les études d'économie de la santé va débiter véritablement **à partir de la fin des années 1970** avec la crise économique consécutive au choc pétrolier de 1973.
- Rappelons que les États providence et les économies occidentales ont fonctionné de concert jusqu'à la fin des années 1970. L'**État-providence**, qui a accompagné **l'essor industriel** et amélioré considérablement **l'état sanitaire et social des populations**, va alors entrer en crise.

- Cette « **crise de l'État-providence** », comme on l'appellera, va s'installer durablement et amènera les pouvoirs publics à **s'interroger davantage sur l'efficacité des dépenses publiques**, notamment de santé.
- Il va donc falloir attendre que **la santé devienne un enjeu économique significatif** pour que les économistes soient sollicités pour investiguer ce nouveau domaine d'étude.
- En Algérie, la perspective est autre. Notre pays est caractérisé par l'existence d'un **système socialisé**, basé sur un **principe de solidarité** entre tous les membres bénéficiaires, c'est-à-dire la quasi-totalité de la population.
- Aussi, pendant longtemps, le système de production de soins **n'a pas pour vocation de réaliser du profit**, mais de *produire un service pour tous* et au départ *sans aucune considération du coût de ce service*.
- Il s'agit avant tout **de remettre au plus vite sur pieds les individus malades** qui du fait de leur arrêt de travail ne peuvent plus contribuer à la production de la richesse nationale, c'est-à-dire à la **reconstruction du pays** après la guerre d'Indépendance.
- **L'histoire idéologique du pays**, marquée à l'époque par l'**orientation socialiste** (avec une économie administrée et centralement planifiée), a également pesé dans le choix d'un **financement socialisé** du système de santé et le développement d'une **offre de soins essentiellement publique**.
- Et c'est ainsi que sera institué la « **médecine gratuite** » **en 1974** et le financement du système s'adossera sur la **valeur travail** : les travailleurs cotisent et donc bénéficient ainsi que leurs ayants droit.
- La croissance économique durant les années 1970 et jusqu'au milieu des années 1980 (liée, pour l'essentiel, à la montée en puissance des revenus pétroliers à la faveur des contre-chocs pétroliers de 1973 et 1979) favorisera **l'extension du système sans aucune considération de coût ou de management du système**.
- Sans enjeux économiques, **les économistes s'approprièrent bien plus tardivement** qu'aux États-Unis ce domaine d'analyse : il faudra attendre au bas mot **la fin des années 1980** pour voir émerger l'économie de la santé en Algérie, c'est-à-dire que *l'idée d'un management des ressources consacrées à la santé* prendra corps peu à peu, sans pour autant permettre d'emblée l'émergence d'une discipline comme aux États-Unis.
- Comme nous l'avons vu, c'est en général **en période de crise** que l'intérêt pour les études d'économie de la santé se manifeste. **Pour les prochaines années, gageant que celles-ci prendront de plus en plus d'importance en Algérie avec la crise économique d'ampleur qui se profile à l'horizon !**

- C'est ainsi que l'économie de la santé est âgée d'une **soixantaine d'années** approximativement, ce qui peut paraître récent pour certains et long pour d'autres.

## II. LE DOMAINE MICRO-ÉCONOMIQUE DE LA SANTÉ (quelques exemples d'application)

### 1. Les spécificités du marché des soins de santé

- La santé est un bien très particulier, un **bien collectif** qui, *a priori*, échappe à tout processus de **régulation marchande**.
- Ainsi, la **nature du marché des soins de santé** ne permet pas de l'appréhender avec le *modèle économique standard*.
- En effet, comparativement aux autres secteurs de l'économie nationale, le marché des soins de santé présente **plusieurs exceptions** :
  - ✓ il n'obéit pas au *libre jeu de l'offre et de la demande* ;
  - ✓ les **prix** des biens et services sont *administrés* (réglementés) ;
  - ✓ l'entrée dans le système de soins est strictement *réglementée* (ex. pour exercer une profession médicale, un diplôme est exigé) ;
  - ✓ le bien santé est doté **d'externalités de consommation fortes** ;
  - ✓ le marché est perturbé par d'innombrables *asymétries de l'information* (entre le médecin et son patient, le médecin et le financeur, l'hôpital et le financeur...) ;
  - ✓ enfin, **l'intervention des pouvoirs publics** est *forte...* et **indispensable (volontarisme étatique)**.
- La caractéristique majeure du bien santé reste cependant **l'incertitude radicale** dans laquelle on se situe.
- En effet, **seul le médecin connaît le traitement approprié** à des symptômes ou à une maladie.
- Le **patient** est, bien entendu, « **passif** » **par rapport à sa demande**. Il exprime ce que l'on appelle une *demande primaire* de soins à la suite de symptômes ou d'un mal-être ressenti, qui est principalement une demande de prise en charge. Puis, le médecin, lui, va objectiver une *demande dite secondaire* par le traitement qu'il prescrira ou les examens d'investigation complémentaires qu'il induira, voire même les consultations d'autres médecins qu'il conseillera (ordonnera !).
- Cette demande est formulée pour le compte du patient, qui n'a, en général, **aucune idée du coût du traitement** ainsi induit, ni aucune information autre que celle que voudra bien

lui délivrer le médecin. À ce propos, il n’y a même pas d’information sur les *prix des biens consommés* (en tout cas rarement).

- Il y a donc **asymétrie informationnelle** : seul le médecin détient l’information sur la maladie du patient et son traitement (ou sa prise en charge).
- Cette asymétrie d’information, comme nous le verrons plus loin, pourra autoriser **le développement d’une demande induite par l’offre au profit du médecin**, qui tirera ainsi avantage de sa « rente informationnelle » en termes pécuniaires.
- Cette situation asymétrique implique que le **pouvoir de choix du consommateur** se trouve ainsi « désactivé » et **inopérant**.
- Et **l’organisation du secteur sanitaire** vise justement, entre autres, à **corriger les lacunes engendrées par cette différence dans l’information**.
- L’objectif devient alors de **réguler le comportement du médecin** afin de *l’inciter à ne pas détourner cette « rente informationnelle »* uniquement à son profit au détriment pur et simple du patient.

### ENCADRÉ 3 :

#### Bien ordinaire/Bien de santé : *Quelle différences ?*

Maladie / Consommation de soins / Consommation médicale	Consommation d’un bien ou service économique quelconque
⇒ Non désirée	⇒ Désirée
⇒ Incertitude de l’avènement	⇒ Programmée
⇒ Forte amplitude du coût	⇒ Amplitude peu importante
⇒ Externalité négative (obligation de consommation)	⇒ Externalité négative peu opératoire
⇒ Asymétrie de l’information	⇒ Symétrie de l’information (plus ou moins)
⇒ <b>Domination du producteur sur le consommateur (demande induite)</b>	⇒ <b>Expression du choix du consommateur</b> (consommateur « Roi »)

- En définitive, la santé peut difficilement être considérée comme *un bien au même titre que les autres biens économiques*.
- Elle correspond plutôt à un *idéal imaginaire*, pour tout dire asymptotique !
- Dans cette perspective, il est compréhensible que les **besoins en « santé » soient illimités** et imposent, par conséquent, une **gestion délicate des ressources** que la société peut consacrer à la santé de sa population.

## 2. Influence de l'offre sur la demande : *la demande induite*

- **Plus l'offre augmente**, c'est-à-dire plus le nombre de médecins ou d'hôpitaux augmente, **plus la demande de santé de la population croît**.
- Cette influence de l'offre de soins sur la demande et la consommation médicale est appelée **phénomène de demande induite**, qui est aujourd'hui une hypothèse validée par de nombreuses études empiriques.
- Ces études ont vérifié une **étroite correspondance** entre **l'augmentation de l'offre et l'utilisation des services existants**.
- Plus particulièrement, **l'augmentation du nombre des chirurgiens** s'accompagne d'une **multiplication des opérations chirurgicales**.
- Il est aussi souvent constaté que la **consommation en consultations médicales** dans une région est proportionnelle à la **densité de médecins**.
- Dans le domaine de l'hospitalisation, on a souvent montré que le **nombre d'admissions** est proportionnel au **nombre de lits disponibles**, abaissant ainsi le seuil de gravité des maladies susceptibles de nécessiter une hospitalisation.
- En somme, **l'accroissement du nombre des médecins, la construction des hôpitaux et l'utilisation d'une technologie perfectionnée** seront suivis par un **surcroît de consultations, d'hospitalisations et de prescriptions**.
- En effet, les **dépenses de santé** sont, pour l'essentiel, **médiatisées par la prescription médicale** ; elles s'étendent à la mesure de la **démographie médicale et hospitalière**, même si *la morbidité objective est stabilisée*.
- *Comment expliquer ce phénomène de demande induite par l'offre ?*
- **La demande de soins médicaux est par elle-même illimitée** si l'on considère la définition de la santé comme étant un « *état de bien-être physique, mental et social et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946).
- En fait, la **limitation de la demande** réside principalement dans **l'utilisation plus ou moins facile du système de soins** en fonction des données actuelles des connaissances médicales.
- De plus, **chaque découverte médicale** trouve immédiatement un nouveau champ d'application et ne se substitue que rarement aux découvertes précédentes.
- D'autres explications du phénomène de demande induite sont également avancées :
  - ✓ **l'asymétrie d'information** dans la relation médecin-patient, en faveur donc du médecin, peut conduire ce dernier « **gonfler** » **la consommation médicale de ses**

**patients** pour tirera ainsi avantage de sa « rente informationnelle » en termes pécuniaires ;

- ✓ l'**augmentation de la démographie médicale** donne naissance à des formes plus ou moins directes de **publicité** ;
  - ✓ la **concurrence professionnelle** incite à une **prise en charge médicale plus complète du patient** ;
  - ✓ la **forte densité médicale** dans les grandes villes est un **appel direct à la consommation de soins** ;
  - ✓ les **hôpitaux publics ou privés** exercent une **attraction vis-à-vis de la population** qui est *proportionnelle à leur capacité* ;
  - ✓ l'**amélioration de l'accès à l'information des populations** (surtout avec Internet et les réseaux sociaux) vis-à-vis des **possibilités sans cesse croissantes de la médecine et des technologies, ...**
- 
- Cette hypothèse de la demande induite expliquerait l'**explosion des dépenses de santé** observée dans la plupart des pays.
  - Comme nous le verrons tout au long de ces journées, la plupart des **politiques de contrôle et de régulation des dépenses de santé** se fondent sur cette hypothèse de la demande induite.
  - Il s'avère ainsi **plus facile d'agir sur l'offre que sur la demande** pour essayer de *contrôler l'évolution continue des dépenses de santé*.
  - *Réduire l'offre* part du principe élémentaire **qu'il n'est pas possible de consommer des soins qui ne sont pas proposés à la consommation**, d'où les limitations et le « verrous » mis en place à tous les niveaux du système de santé pour « **contenir** » l'**expansion de l'offre de soins**.
  - La **lutter contre la demande induite** va ainsi justifier toute une série de mesures aujourd'hui actives dans de nombreux pays :
    - ✓ le contrôle du développement des lits d'hospitalisation publics et privés,
    - ✓ le *numerus clausus* à l'entrée des études médicales,
    - ✓ les quotas de médecins autorisés à acquérir une spécialité,
    - ✓ le rationnement de l'implantation de la haute technologie médicale, etc.
  - Le **principal danger** de ces mesures restrictives est l'**accentuation des inégalités dans l'offre de soins** et la **formation de « goulots d'étranglement » pour certains services ou examens** qui risqueraient de coûter bien plus cher au bout du compte.

- C'est ainsi que dans les pays développés, il y a depuis les années 1990 une véritable « obsession » pour la **maîtrise des dépenses de santé**, dont le rythme d'augmentation est jugé **insoutenable** (avec des dépenses de santé **qui augmentent plus vite que la richesse produite**, d'où une part de plus en plus importante du PIB).
- En Algérie, évidemment, on bien loin de cette **obsession « comptable »** ... mais la crise financière depuis le second semestre 2014, qui semble durablement s'installer, va imposer tôt ou tard des **politiques d'austérité** qui toucheront aussi le secteur de la santé et notamment l'hôpital.

### III. LE DOMAINE MACRO-ÉCONOMIQUE DE LA SANTÉ (quelques exemples d'application)

#### 1. Le concept de coût d'opportunité et son implication dans les choix collectifs

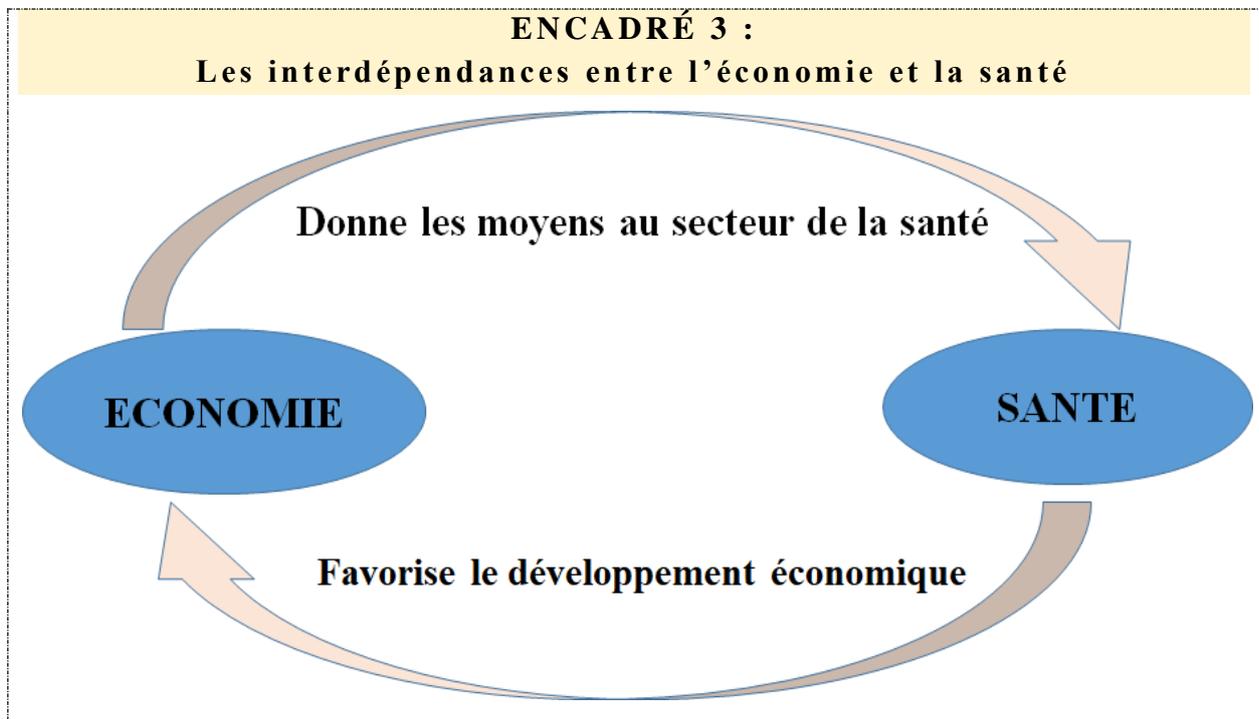
- En économie, l'affectation des ressources productives se fonde sur le concept de « **coût d'opportunité** ».
- Le coût d'opportunité correspond à l'**ensemble des biens et services auxquels doit renoncer** tout agent économique qui choisit de consommer un bien ou un service particulier, compte tenu du fait que **les ressources à sa disposition sont limitées**.
  - ⇒ **Ex. 1** : *L'achat d'une voiture* entraîne un coût d'opportunité du fait de la renonciation à d'autres dépenses : un voyage, des vêtements ou repeinture son appartement.
  - ⇒ **Ex. 2** : Un malade qui hésite entre faire une *prothèse dentaire* pour lui-même ou offrir des *cours particuliers à son enfant*.
- De même, l'**argent alloué à la santé** a un « coût d'opportunité » en termes de **dépenses d'éducation, d'infrastructures**, voire de **consommation ordinaire**.
- Dès lors, *comment affecter les ressources ?* C'est le problème central qui se pose aux économistes.
- Les mêmes ressources sont en fait convoitées par différents besoins ou secteurs de l'économie nationale : *Comment affecter les ressources collectives ? Que faut-il privilégier ?*
  - ✓ **L'agriculture**, pour produire plus de biens alimentaires destinés à la population ?
  - ✓ **L'hydraulique**, afin de raccorder tous les habitants au réseau public d'eau potable et d'assainissement ?
  - ✓ **L'industrie**, pour garantir un emploi à chaque citoyen en âge de travailler... ou encore à chaque ménage une voiture ?

- ✓ **La défense nationale**, en vue de moderniser le « bouclier » de défense du pays en achetant plus de canons et d'avions ?
  - ✓ **L'éducation nationale**, afin d'élever le taux de scolarisation et lutter contre l'analphabétisme ?
  - ✓ ... La **santé**, pour rapprocher les structures sanitaires de la population, améliorer la qualité des soins et permettre aux algériens de vivre plus longtemps ?
- Dans une démocratie (normalement constituée ?), la « **société** » impose un **contrôle rigoureux** de ce qu'on appelle les **dépenses publiques** (qui regroupent les dépenses de l'**État central**, celles des **collectivités locales** et enfin celles des **administrations de la sécurité sociale**).
  - Dans les systèmes de santé contemporains, il y a dans cette perspective un **financement très largement socialisé** (*impôts et cotisations sociales* constituent l'essentiel des financements).
  - En se basant sur ce concept de « coût d'opportunité », l'économie de la santé a donc pour objet **d'éclairer les choix collectifs** en matière :
    - ✓ **d'efficacité allocative des dépenses publiques** : en indiquant les différentes possibilités satisfaisant une répartition optimale des ressources entre les différents services collectifs
      - ⇒ *Combien allouer au système de santé ?*
    - ✓ et **d'efficacité productive des dépenses de santé** : en s'assurant que les ressources mises à la disposition du système de santé sont bien utilisées, ont le meilleur rendement possible pour la société
      - ⇒ *Les ressources allouées au système de santé sont-elles utilisées à bon escient ?*

## 2. Les relations d'interdépendance entre l'économie et la santé

- L'analyse des relations entre *économie* et *santé* s'est longtemps limitée à ne considérer que le seul **impact positif de la croissance économique sur la santé**, via notamment l'**amélioration des conditions de vie** permise par l'accroissement des revenus, la **diffusion des innovations et du progrès technique** dans le secteur de la santé, la **création d'emploi** synonyme de ressources supplémentaires pour la sécurité sociale et bien sûr l'**augmentation des ressources** pouvant être allouées au secteur de la santé.
- Longtemps ignorés, les **effets positifs de la santé sur la croissance économique** font aujourd'hui l'objet de nombreux travaux. En considérant aussi bien l'**état de santé de la population** que le **secteur sanitaire**, les bénéfices pour le **développement économique** sont multiples, particulièrement en matière d'amélioration de la **productivité du travail**.

**AVERTISSEMENT** : Il est important de rappeler ici que la **santé affecte et est affectée par le système économique** de si nombreuses façons que toute tentative pour en faire une énumération exhaustive est vouée à l'échec.



→ La croissance économique permet d'assurer les **MOYENS NÉCESSAIRES** au maintien et à l'amélioration de l'état de santé de la population :

- ✓ sur le plan de l'*infrastructure* (hôpitaux, cliniques...);
- ✓ sur le plan des *ressources humaines* (médecins, infirmiers...);
- ✓ sur le plan *matériel* (nouveaux matériels, nouvelles technologies...);
- ✓ sur le plan de la *régulation* (rôle focal de l'État, notamment en matière d'organisation et de coordination du système de soins ou bien encore pour assurer la disponibilité et garantir la qualité des médicaments);
- ✓ enfin, pour assurer l'*équité* dans l'accès aux soins en mettant en place des **mécanismes de solidarité** entre les différentes catégories de la population, à travers notamment un système d'*assurance-maladie*.

→ Maintenant, **quels apports de la santé à l'économie ?**

- ✓ **Amélioration de la santé de la population → Réduction des dépenses de santé** (les ressources économisées pouvant être utilisées dans d'autres secteurs, comme l'éducation ou pour consolider le dispositif d'aides sociales)

- ✓ **Réduction des taux d'absentéisme** dus à la maladie dans les entreprises et les administrations
- ✓ **Renforcer les ressources humaines du pays** grâce l'amélioration des taux de natalité que permettent les investissements dans la santé maternelle et infantile
- ✓ **Amélioration des conditions de travail et réduction des maladies professionnelles/accidents du travail**, grâce au développement de la médecine de travail.
- ✓ **Réduction de l'exposition au risque d'invalidité de la population active**, ce qui permet de réduire le poids de la dépendance dans le pays (rapport population active/personnes dépendantes) ...

#### IV. L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET LA QUESTION ÉTHIQUE

- En guise de conclusion donc, nous nous interrogerons sur le lien existant entre **l'économie de la santé** et **l'éthique en santé publique**, surtout dans le cas algérien face à une *économie en plein dépression* et aux *restrictions budgétaires en perspective*.
- *Dans quelle mesure l'économie de la santé répond à un principe éthique en matière de santé publique ?*
- Réaliser une **évaluation économique en santé**, c'est fondamentalement énoncer un *jugement de valeur* sur un programme de santé ou une alternative thérapeutique.
- Ce **point de vue des économistes** dans les débats sur la santé est certes **réducteur**. Mais tout réducteur qu'il soit, ce point de vue est aussi **inévitable**.
- En matière de santé comme ailleurs, toute société est amenée à **faire des choix « économiques »**.
- Le **premier choix** est celui du **volume des ressources** affecté à la **satisfaction des besoins de santé** ou affecté au **secteur de la santé**, volume de ressources qui est prélevé sur un **volume total limité**.
- À **volume donné de ressources**, la **deuxième question** est celle de leur **affectation entre les différents besoins de santé**.
- Cette question de la **bonne affectation des ressources** entre les différents besoins de santé est ainsi « incontournable » ; **arbitrer entre ces besoins est tout aussi difficile qu'inévitable**.
- Dès lors, **définir des critères d'arbitrage** entre les différents programmes de santé ou alternatives thérapeutiques **devient inéluctable**, puisqu'*il n'est pas possible de prendre en compte en même temps tous les besoins de santé*.

- Les *méthodes et outils de l'économie de la santé* permettent justement **de réaliser et d'interpréter ce type d'arbitrage au niveau individuel et collectif** par la mise en œuvre d'études scientifiques d'évaluation économique des *stratégies de prévention, thérapeutiques, et de santé publique*.
- Rappelons ici que les **évaluations économiques** des programmes de santé ou des alternatives thérapeutiques ne sont par nature que des **informations à destination des décideurs**, qui sont *libres d'en tenir compte en fonction des priorités du moment* !
- L'économie reste donc fondamentalement une **science morale et politique** : *elle détermine ce que nous devons faire et ne pas faire*. Elle propose ainsi des **critères objectifs pour choisir des priorités afin de faciliter une décision**.
- Il est ainsi impossible ou tout au moins difficile de bien faire *si l'on est dépourvu de ressources ou qu'on utilise mal (i-e : de façon inefficace) ces dernières*.
- Cette réflexion sur les **enjeux économique du système de santé** est d'autant plus importante dans le cadre de notre système de santé confronté à de **sérieuses et inquiétantes difficultés économiques** par la *progression constante et "incontrôlée" des dépenses de santé*, dans un contexte de *montée en puissance des inégalités sociales*.
- **L'économie**, en se proposant de *lutter contre la rareté et le gaspillage* pour satisfaire au mieux les besoins des Hommes vivant en société, est donc une **dimension incontournable de l'éthique**.
- C'est en ce sens que les **questions économiques** (notamment celles se rapportant à l'allocation des ressources en santé) peuvent être extrêmement importantes comme *dimension d'une réflexion sur l'éthique en santé*.
- En Algérie, *la santé publique s'est ainsi trouvée considérablement appauvrie par la distance qui l'a longtemps éloignée de l'économie*.
- Une **réelle réflexion en santé publique** conduit ici à s'interroger sur les avantages et limites des **méthodes de l'économie de la santé**.
- La voie est donc ouverte vers la recherche et la mise en pratique des **critères de l'économie de la santé** dans l'allocation des ressources en santé.
- Il s'agit, très certainement, d'une **évolution future incontournable** du système de santé algérien. On ne pourra rester éternellement indifférent au *principe d'efficacité des dépenses de santé*.
- C'est ce qui a présidé à la conception de ce dispositif de formation dont l'objectif premier est de **contribuer à susciter un esprit critique scientifique vis-à-vis des boîtes à outils**

**utilisées en économie de la santé** afin d'éclairer les décisions des *professionnels de santé*, des *payeurs* (sécurité sociale) et des *décideurs*.