

OUFRIHA FATIMA-ZOHRA [\*]

**Introduction méthodologique sur le coût de la santé [\*\*]****REMARQUES PRELIMINAIRES**

Il ne peut s'agir que du coût de la maladie et du prix à payer pour maintenir, restaurer la santé ou prévenir la maladie.

Avec quelques décalages par rapport aux pays développés, l'Algérie se pose le problème du "coût de la santé" et de son évolution en particulier relative (par rapport à la PIB..... par exemple). Au delà de la divergence des causes et des dynamiques des systèmes qui les sous-tendent, il est incontestable que cette émergence du problème des coûts est importante à plus d'un titre, car elle traduit la prise de conscience des contraintes économiques, pesant sur le secteur sanitaire et longtemps occultées, la volonté d'y appliquer l'analyse économique en vue de meilleurs résultats sanitaires.

Pourquoi ce problème des coûts est-il actuellement soulevé ?

- croissance forte des dépenses de santé,
- croissance non maîtrisée de ces coûts par suite du jeu même des mécanismes de couverture en place,
- mais aussi croissance non finalisée car non conçue en fonction d'objectifs de santé précis : d'où des niveaux de santé encore très faibles (de quelque façon qu'on les saisisse et malgré la faible disponibilité de données chiffrées) malgré l'ampleur des moyens mobilisés.

Donc l'interrogation sur les coûts n'a de sens qu'en liaison avec l'efficacité de fonctionnement du système, efficacité que l'on peut repérer à différents niveaux (de soins).

La santé se présente sous un aspect "social" ou pour le dire autrement comme un bien que l'on recherche en soi (pour elle-même) on peut donc l'inclure comme finalité (s) : satisfaction croissante du besoin de santé en fonction du développement, on ne peut négliger pour autant les effets économiques des prestations sanitaires c'est-à-dire leur rôle en tant que l'un (aussi) des moyens du développement : rôle dans la conservation, l'amélioration de la force de travail. Cependant dans la mesure où on y utilise des ressources rares il entre en concurrence avec d'autres secteurs (et donc d'autres besoins à satisfaire). Il se pose déjà un premier niveau d'arbitrage. Mais ce n'est pas celui-ci qui nous retiendra ; problème que nous supposons résolu pour nous interroger sur les problèmes suscités au sein même du secteur de la santé par le problème de la rareté des ressources et donc en liaison avec les

performances sanitaires et de la démarche générale qui tente d'y répondre.

## I. UN PROBLEME DE CHOIX

Aucun pays ne peut prétendre assurer l'intégralité des prestations sanitaires dont toute sa population a besoins : d'où des problèmes de choix, c'est-à-dire d'ordre de priorité à établir. Voudrait-il ou tenterait-il d'assurer le "maximum" pour la santé que cela ne résoudrait pas les problèmes de choix à effectuer (à d'autres niveaux) pour l'utilisation la plus efficiente tant du point de vue technique qu'économique, ainsi que celui de la santé. L'objectif n'étant pas d'assurer un maximum de consultations ou de journées d'hospitalisation, mais de réduire la mortalité et la morbidité c'est-à-dire d'élever l'état de santé de la population en supprimant d'abord les causes pathogènes qui peuvent l'être, grâce à une meilleure maîtrise de l'interférence entre les éléments du milieu et les individus. L'action médicale pouvant n'être alors qu'un des moyens d'une meilleure santé.

Ce problème de "choix", est d'autant plus important que les dépenses de santé étant socialisées, la nation délègue en fait ses pouvoirs aux médecins pour gérer les ressources disponibles, sans que toujours ils soient conscients de leur rôle économique d'ordonnateurs des dépenses sanitaires, sans savoir comment le faire (s'ils en sont conscients) de la façon la plus efficace, n'ayant aucune formation à cet égard et de façon plus radicale parce que leur action ne s'insère pas dans des objectifs précis, et qu'elle n'est soumise à aucune évaluation technique ou économique.

D'où alors la nécessité de faire clairement percevoir et faire ressortir des niveaux significatifs où les choix nécessaires peuvent être repérés. On peut en retenir trois :

- Sur le plan global : c'est-à-dire celui d'une politique ou d'un plan de santé ; à ce niveau se pose le choix des objectifs à atteindre, de façon concrète c'est-à-dire chiffrés et datés : quelles sont les maladies, les affections contre lesquelles il faut lutter ? Quels sont les individus à protéger en priorité ? D'où alors un problème de cohérence :

- des objectifs entre eux,
- des objectifs et des besoins,
- des moyens, des objectifs et des délais.

Se pose à ce niveau l'estimation des coûts des actions à entreprendre, leur traduction chiffrée en termes budgétaires, mais aussi la définition des structures les plus appropriées, cas par cas : prévention à préciser, action médicale à préciser aussi, en fait l'indication des moyens disponibles et susceptibles de permettre la réalisation des objectifs.

- A un niveau intermédiaire : c'est-à-dire celui des politiques sectorielles qu'il faut définir une fois un objectif retenu : exemple en Algérie, on veut faire baisser la mortalité par accident de la route, ou on veut faire baisser la mortalité infantile de x % à y % en 5 ans ; quels sont

les programmes d'actions que l'on retient compte tenu d'un certain nombre de choix entre les différentes actions possibles à court terme et à long terme et de la combinaison la plus efficiente ?

- Au niveau de la gestion des unités de soins et des moyens les plus efficaces à mettre en oeuvre dès lors qu'un objectif et qu'un programme d'action ont été retenus, exemple : étude de l'efficacité d'une organisation technique de soins.

## II. MÉTHODE D'APPROCHE

On a assisté ces dernières années, tant à une multiplication des études qu'à un développement des méthodes d'analyse tendant à rendre scientifique les décisions en matière de santé. Méthodes qui relèvent d'une même démarche générale, même si leur appellation et les techniques utilisées sont variables. Ces techniques qu'on appelle "d'aide à la prise de décision", se donnent pour objectif de fournir aux autorités responsables, c'est-à-dire les "décideurs", une analyse explicite le plus souvent chiffrée des coûts et des avantages (ou du rendement).

Cependant, la prise de décision doit reposer sur une bonne connaissance du réel pour avoir une chance d'être efficace, elle doit s'appuyer sur l'analyse économique, mais elle lui ajoute une dimension propre d'ordre politique et non plus technique : un objectif et une norme qui ne sauraient aller sans jugement de valeur.

Qu'entend-on par coûts ? En général l'ensemble des coûts que l'administrateur de la santé doit inscrire dans son budget pour telle action....

Qu'entend-on par avantages ? C'est le coût épargné. Epargne du coût représentée par les pertes de production, par les dépenses médicales relatives à de futures maladies (évitées), par les pertes dues à l'absentéisme... ou encore pour éviter la douleur....

Pour cela donc on identifie tout d'abord les finalités poursuivies, on met en évidence les conséquences des décisions prises, on recense le coût des décisions prises, on fait de même pour les avantages, et on compare les deux termes.

Il faut préciser que les termes "coûts" et "avantages" sont compris dans leur sens large.

L'évaluation des coûts, se fait donc toujours en relation avec les "gains" - ou "avantages" escomptés.

L'analyse comparée des coûts et des avantages du point de vue de l'administrateur de la santé est utile pour deux raisons au moins :

- Quand il doit défendre un programme de santé "en concurrence" avec d'autres programmes ; le mieux étant que ce programme soit couplé avec les autres actions de développement (éducatives - de développement rural - d'industrialisation) pour éviter entre autres les

évolutions régressives. Sa position est meilleure s'il est en mesure d'établir la valeur des avantages escomptés par rapport aux coûts de l'action qu'il propose.

- Cette analyse doit aider l'administrateur à arrêter un ordre de priorité aussi bien en matière de temps, d'argent, de personnel et permettre ainsi de décider en toute objectivité.

On retrouve finalement une démarche planificatrice type qui tente de déterminer les besoins, d'estimer les ressources, de choisir les solutions les plus appropriées, compte tenu de toutes leurs composantes. Ce n'est pas autre chose que l'application du calcul économique au domaine de la santé, démarche relativement récente suscitée précisément par une montée des coûts que l'on tente de maîtriser (auparavant elle était appliquée à des domaines relevant de la sphère marchande).

Deux problèmes importants dominent les études de ce type :

. Celui de l'appréciation de l'efficacité technique d'un moyen à mettre en oeuvre, par exemple dans le domaine de la santé : effet d'une vaccination sur le taux de mortalité ou de morbidité - ou d'une signalisation routière sur le nombre d'accidents - ou de l'installation de ceinture de sécurité (pour les voitures) sur l'importance, ou la gravité des traumatismes suite aux accidents de la route.

. Celui de l'évaluation des "coûts" et des "avantages" comparés, de deux ou plusieurs programmes susceptibles de répondre à un même objectif : phase déterminante, plus ou moins complexe, pour le choix qui sera fait. Dans les cas les plus simples on a à comparer différents programmes susceptibles de satisfaire le même objectif au même degré.

Dans son acceptation la plus générale, ce type d'analyse en termes de coûts/avantages vise la classification des projets ou des programmes sur la base d'évaluations monétaires et donc de leur rentabilité financière moyennant des procédures d'actualisation des coûts, (du fait de la rareté des moyens financiers disponibles), laquelle permet de déterminer la valeur future d'une somme actuelle d'argent.

Cependant dans le domaine de la santé, peu d'études se cantonnent à cette optique strictement financière, car cette dernière soulève de nombreux problèmes théoriques et pratiques voire éthiques importants. Aussi, les critères de discrimination se sont multipliés. On peut dire cependant qu'un critère important émerge : c'est celui de l'efficacité (dont la délimitation peut varier selon les auteurs) appréciée du point de vue sanitaire. En effet, on a tendance de plus en plus à préférer des analyses en termes de "coût-efficacité" (du fait de l'impossibilité de mesurer en termes monétaires les résultats d'une activité de santé). Dans ce cas, on définit une mesure non monétaire pouvant servir à définir l'efficacité et qui se rattache à l'objectif de l'activité envisagée.

La technique du choix consiste à retenir soit la solution la moins coûteuse parmi celles qui ont la même efficacité, soit celle qui a la plus grande efficacité pour l'utilisation d'un montant déterminé de ressources.

Exemple : gains ou avantages en termes de vies humaines épargnées pour un programme de santé déterminé. Le critère de la mortalité pouvant être jugé insuffisant, on peut lui substituer celui du nombre de vies épargnées sans séquelles - ou pour certains auteurs : la maximisation du nombre de jours de vie effective comme somme des réductions de la morbidité et de réduction du nombre de décès prématurés (hypothèse : d'une pondération égale entre un décès et un handicap).

Cette question de l'efficacité pose néanmoins de multiples problèmes. Il faut souligner la différence entre l'efficacité médicale qui est une efficacité technique et l'efficacité économique. L'analyse économique d'un programme de santé présuppose que les médecins sont capables de la décrire comme un ensemble de "facteurs" ou de moyens matériels mis en oeuvre et de réalisations sous la forme d'améliorations de l'état sanitaire. En principales facteurs mis en oeuvre devraient être évalués à leur coût social d'opportunité (mais se pose alors un problème quant au taux d'actualisation à retenir). Les avantages pouvant être classés en trois types :

- avantages économiques indirects dus à l'accroissement de la production,
- économie dans les futurs coûts des soins médicaux,
- gains sanitaires directs. En fait, on peut les classer en avantages directs et avantages indirects.

### **1. Les avantages directs :**

Lorsqu'on évite à la collectivité des dépenses au moment de la maladie, au moment du décès ou de l'entretien d'un handicapé. Ces dépenses peuvent être d'hospitalisation, de consultations médicales, de transport etc... et peuvent incomber à l'Etat, à la Sécurité Sociale, aux individus/aux ménages, aux entreprises.

La valorisation de ces avantages ne pose aucun problème de fond, ou théorique, mais présente néanmoins des difficultés d'ordre statistique.

### **2. Les avantages indirects :**

On évite un manque à gagner du fait d'une maladie, d'un décès, d'une invalidité. Certains pouvant être exprimés en monnaie (avec plus ou moins de précision) et sont donc des avantages marchands, et d'autres n'ayant aucun prix possible, malgré les tentatives d'estimation selon diverses procédures.

#### **. L'avantage marchand**

C'est l'avantage "production" : Il découle du fait que ce programme évite à l'individu de perdre sa capacité productive ou lui permette de la

recupérer plus rapidement (baisse de la durée de la maladie) ou plus complètement (baisse des séquelles invalidantes).

Mais il y a problème quant à la valorisation du nombre d'heures, car ce que produit un individu est supérieur à son salaire, de plus le travail domestique de la femme, des aides familiaux, des chômeurs ne peut être évalué car ils constituent des avantages non marchands.

#### . Les avantages non marchands

- de type psychologique : éviter la souffrance de l'individu, de sa famille, les retentissements psychologiques liés aux séquelles, la désorganisation familiale.

- l'avantage "vie humaine" : qui pour l'individu et sa famille est la plus importante, indépendamment de toute capacité productive (c'est dans ce cadre là seulement que la santé n'a pas de prix).

- les autres avantages non marchands : gains de temps, de loisirs etc....  
Pour un pays sous développé, il faut prendre aussi en considération l'effet d'ouverture au progrès, déclenché par une action réalisée en matière de santé (allongement de l'horizon temporel des individus).

Mais trois problèmes particuliers dans l'évaluation des coûts et des avantages dans le domaine de la santé demeurent :

- le degré d'incertitude en ce qui concerne les résultats : c'est-à-dire le nombre réel de cas décelés dans un programme de dépistage.

- la valeur des futurs gains sanitaires : les raisons pour lesquelles il y a lieu de ramener à leur valeur actuelle les futurs "gains" économiques, ne sont pas retenues en matière de futurs "gains" sanitaires directs par les auteurs mêmes qui retiennent la première procédure.

- le problème de la contagiosité : guérir aujourd'hui un cas de maladie contagieuse c'est réduire le nombre de personnes qui seront infectées pour toutes les années à venir.

Le classement par l'efficacité peut ne pas prendre en considération les coûts des solutions alternatives, mais en fait, ce paramètre est retenu dans la plupart des études. On ne peut par contre envisager un classement uniquement par le coût des programmes sans référence à l'efficacité, car il n'aurait aucun sens.

Le mieux est d'opérer une classification moyennant un critère combinant efficacité et coût et calculer alors différents types de ratios tels par exemple :

coût total d'un programme

-----

nombre de vies sauvées

ou

coût total d'un programme

-----

nombre de cas de maladies évitées

Cependant, il ne faut pas mésestimer les difficultés de comptabilisation des coûts et des avantages mais aussi de l'efficacité, difficultés non seulement pratiques mais aussi théoriques. En particulier se posent :

**. Le problème des prix**

Ces analyses effectuées en termes monétaires utilisent des prix, lesquels sont censés exprimer les tensions réelles de rareté ; il n'en est rien et les prix surtout dans un pays fortement dépendant de l'extérieur sont loin de traduire les coûts réels (problème du médicament, de l'appareillage médical ou des envois pour soins à l'étranger par exemple).

Les prix pratiqués constituent une contrainte pour tout décideur, sur lequel il est obligé de s'appuyer à court terme et dans une perspective statique. Mais dans le long terme et dans une perspective dynamique, ils deviennent un élément qui change - ou que l'on peut faire changer en changeant les structures économiques, ex: une vaccination préventive peut être estimée plus coûteuse que des soins à une maladie dans des conditions données de prix - par une action délibérée sur ceux-ci on peut obtenir un prix très inférieur à ce qu'il était initialement etc....

- Comme autre problème : l'établissement du coût du traitement en milieu hospitalier pose beaucoup de problèmes car la comptabilité hospitalière est faite globalement par chapitre de dépenses, mais non par catégorie de malades ayant la même affection.

- Le problème du taux d'actualisation : il n'y a aucun accord entre les auteurs. Cependant, un taux d'actualisation élevé fait que les investissements qui n'ont d'effet qu'à long terme apparaissent comme inférieurs au seuil de rentabilité et risquent d'être négligés. De la même façon les "avantages" à prendre en considération posent problème du fait de la diversité des effets à prendre en compte mais surtout de leur valorisation.

- Le problème du taux de change appliqué aux biens médicaux (médicaments, appareillages et soins à l'étranger) ne doit pas non plus être négligé dans une perspective de comptabilisation adéquate. En particulier un taux de change qui surévalue fortement la monnaie nationale, rend plus "attractive" l'importation des biens et des services de l'étranger.

C'est aux derniers niveaux d'analyse que ces études ont été les plus nombreuses.

Mais c'est au niveau trois, c'est-à-dire au niveau de la gestion que ces techniques d'analyse sont les plus intéressantes. Le terme "gestion" devant être compris dans un sens extensif, c'est-à-dire gestion rationnelle des dépenses de santé dans les choix d'investissements,

des structures d'organisation des moyens à mettre en oeuvre. Il s'agit une fois les objectifs fixés et les politiques sectorielles arrêtées, de choisir les moyens "les plus adaptés" et "les plus efficaces", et donc les moins coûteux pour y parvenir.

Une analyse de type "coût-efficacité", peut amener à s'interroger systématiquement sur toutes les actions possibles en particulier, sur leur efficacité technique et donc à remettre en question les activités "traditionnelles" des services de soins. En effet, il existe de nombreux domaines où les activités découlent plus de l'habitude, ou pour obéir à une réglementation qui a parfois perdu sa raison d'être, que pour atteindre un objectif déterminé. De façon plus large, elle implique l'évaluation systématique de l'efficacité des services de santé, qui ont par exemple le but des études de cours de soins médicaux dans le cadre de la politique en vigueur essayant de déterminer :

- si les services sont suffisants mais non excessifs (par rapport aux besoins - ou à la demande),
- s'il y a utilisation abusive ou sous-utilisation des services,
- en essayant d'apprécier la qualité des soins cliniques : de façon à ce qu'elle soit élevée,
- que les chiffres adéquats soient disponibles pour la prise de décision,
- que les coûts des soins médicaux soient maintenus au minimum compatible avec les exigences ci-dessus.

En incitant les décideurs publics, à analyser tous les coûts et tous les avantages des actions entreprises, ces procédures rendent plus clairs les choix à effectuer, ce qui ne signifie nullement que le seul critère à prendre en considération soit le bénéfice monétaire. La mise à jour, le recensement, la connaissance de tous les coûts réels, ne peut être qu'une aide dans tout processus de choix. De telles études peuvent être importantes pour décider de l'achat de médicaments, de choix de matériels, d'équipements. Elles sont importantes, quoique plus complexes pour le choix de deux techniques utiles alternatives : de prévention et de soins pour une maladie qu'on se propose de réduire, ce qui suppose des statistiques et un modèle épidémiologique de la maladie. Mais même en son absence, on peut dans certains cas simples, partir d'approximations, ce qui constitue un progrès par rapport à une ignorance complète.

Cependant, du fait de l'interdépendance entre les structures économiques et sociales et l'état de santé de la population on peut dire qu'une modification importante de cette dernière ne peut s'opérer indépendamment des premières. Si les maladies dépendent de phénomènes biologiques et physiologiques, une grande partie d'entre elles ne relèvent pas d'un déterminisme "sanitaire" strict, d'où alors des contraintes des structures économiques et sociales sur l'efficacité d'une action sanitaire.

L'efficacité d'une action sanitaire est mieux assurée si elle prend en compte les aspects économiques, sociologiques et sanitaires pour s'ordonner en un programme cohérent : d'où la nécessité d'examiner la faisabilité économique d'un programme sanitaire, c'est-à-dire de

prendre conscience des contraintes que les structures économiques et sociales font peser sur l'efficacité d'une action sanitaire.

Aussi toute étude de coût-efficacité, cherchera à déterminer comment obtenir le meilleur résultat à partir d'un ensemble de ressources rares. Pour ne pas tomber sous le coup des impossibilités d'études "coûts-bénéfices" strictes : car on ne peut viser à des comparaisons d'éléments incommensurables et il n'est nul besoin de passer par une évaluation en monnaie des résultats d'un programme.

Cependant ces études n'auront un sens que si elles tiennent compte de tous les déterminants des états de santé biologiques et physiologiques, mais aussi économiques et sociologiques.

La prise en compte des phénomènes économiques et sociaux devant alors se faire à deux niveaux d'analyse au moins :

- les moyens d'action sanitaire doivent être envisagés, comme une variable du système global. Ils doivent donc être aussi adaptés que possible aux réalités de l'existence sociale.

Les objectifs eux mêmes ne doivent pas être envisagés de façon abstraite, mais en fonction des problèmes essentiels qui se posent dans les différents groupes de la population.

- l'ensemble des éléments du milieu qu'influencent la pathologie doit être aussi considéré comme des variables du modèle d'ensemble.

**Conclusion** : Difficultés d'application de ce type d'analyse au système de soins.

- Manque de connaissances sur l'efficacité technique des moyens mis en oeuvre : d'abord, manque de statistiques détaillées pour comparer deux programmes différents. Il est important de connaître leurs effets, sur la mortalité, sur la durée de la maladie, sur l'importance des séquelles ou de l'invalidité.

- Si dans certains cas, on a des modèles épidémiologiques sur l'évolution de la maladie et les effets de l'utilisation de certains moyens (cas de la Variole, Rougeole, Tuberculose etc), dans de nombreux cas ces modèles n'existent pas, soit que c'est une maladie que l'on connaît mal (risque de Rubéole, Cancer) soit qu'il s'agisse de moyens à efficacité diffuse, non imputable à un seul programme (la recherche, l'enseignement, l'éducation sanitaire...), soit qu'il s'agisse de moyens dont on connaît mal l'efficacité technique (vaccination contre la Rubéole...).

- Ceci est plus important quand on tient compte des moyens non sanitaires : la réduction de la mortalité infantile par exemple est liée, autant à des facteurs extra sanitaires, (comme l'éducation sanitaire des femmes, l'élévation du niveau de vie, l'amélioration des conditions d'hygiène...) qu'à des mesures sanitaires.

De la même façon les problèmes d'organisation sont difficiles à analyser du point de vue de leur efficacité, mais leur méconnaissance peut considérablement diminuer l'efficacité technique des mesures envisagées. Finalement on peut dire que toute démarche qui tente de cerner les coûts, c'est-à-dire que toute démarche économique, doit pouvoir se fonder sur deux types de contributions tendant :

- à produire les informations utiles et nécessaires à l'établissement de priorités aux différents niveaux,
- à mettre au point les procédures permettant d'augmenter l'efficacité des services de santé aux différents niveaux, ce qui forcément doit se répercuter au niveau des coûts (dans le sens de leur baisse).

## Notes

---

**[\*]** Professeur agrégé I.S.E. – Alger – Directeur de recherche CREAD

**\*\*]** Cette communication a été préparée et présentée dans le cadre d'un Séminaire organisé par l'Union Médicale Algérienne.