



*République Algérienne Démocratique et Populaire  
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique*



*Université Mouloud MAMMERY de Tizi-Ouzou  
Faculté des Sciences Economiques, Commerciales  
Et des Sciences de Gestion  
Département des Sciences Economiques*

**POLYCOPIÉ DE COURS**

**Module**

**Économie de la Santé**

Niveau : Master

Spécialité : Économie des Affaires

Semestre : 03

Coefficient : 03

Nombre de crédits : 06

Année universitaire : 2024/2025

**Préparé par :**

Dr. LAMROUS Kathia épouse BENNOUR

Maître de Conférences à l'Université Mouloud MAMMERY de Tizi-Ouzou

**Résumé du cours**

L'économie de la santé est une branche de l'économie qui analyse l'utilisation des ressources pour la production et la distribution des soins de santé. Ce cours vise à fournir une compréhension approfondie des concepts économiques appliqués au secteur de la santé, notamment les notions de demande et d'offre de soins, le financement des systèmes de santé, l'évaluation des politiques publiques et les enjeux d'efficacité et d'équité. Il explore également les principaux modèles de systèmes de santé, les stratégies de régulation et le rôle des institutions publiques et privées.

**Objectifs pédagogiques**

À l'issue de ce cours, les étudiants seront capables de :

- Comprendre l'importance de la santé et de son financement ;
- Comprendre comment appliquer les principes et les méthodes de l'analyse économique et financière pour améliorer le secteur de la santé et améliorer la sécurité sociale.
- Reconnaître l'importance de l'analyse économique et financière dans l'amélioration des performances du système de santé.

**Méthodologie d'enseignement**

Méthodes pédagogiques : Cours magistral, travaux dirigés, exposés des étudiants.

**Évaluation :**

- Evaluation continue : Travaux dirigés, examens écrits, travaux de recherche, présentations orales (40% de la note finale) ;
- Examen de moyenne durée (60% de la note finale).

**Plan du cours**

Chapitre 1 : La nature, les caractéristiques et l'importance des services de santé.....	01
Chapitre 2 : Introduction conceptuelle à l'économie de la santé.....	09
Chapitre 3 : Analyser la demande de services de santé.....	18
Chapitre 4 : Analyser la production et l'offre de services de santé.....	21
Chapitre 5 : Tarification des services de santé.....	28
Chapitre 6 : Rendement économique des services de santé.....	40
Chapitre 7 : Coûts des soins et de l'assurance maladie.....	49
Chapitre 8 : Indicateurs de l'état de santé.....	56
Chapitre 9 : Étudier la faisabilité d'un investissement dans des projets de santé.....	65
Chapitre 10 : Méthodes de financement des projets de santé.....	72

**Liste des Tableaux**

Tableau N°01 : Synthèse récapitulatif des modèles de tarification.....	33
Tableau N°02 : Synthèse des catégories tarifées en Algérie .....	35
Tableau N° 03 : Synthèse comparative des modèles de calcul .....	38
Tableau N° 04 : Synthèse des coûts en santé.....	51
Tableau N°05 : Synthèse sur l'assurance maladie en Algérie.....	55
Tableau N°06 : Exemples d'utilisation des indicateurs de santé .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## Chapitre 1 : La nature, les caractéristiques et l'importance des services de santé

### Introduction

Les services de santé jouent un rôle fondamental dans le bien-être des individus, des familles et des communautés. Ils englobent une variété d'activités visant à promouvoir la santé, prévenir les maladies, traiter les affections et améliorer la qualité de vie. Ce chapitre explore la nature des services de santé, leurs caractéristiques essentielles et leur importance dans la société.

### 1. Nature des services de santé

Les services de santé sont des actions et des interventions qui visent à maintenir, améliorer, ou restaurer la santé des individus et des populations. Ils sont généralement fournis par des professionnels de la santé dans divers cadres, y compris les hôpitaux, les cliniques, les centres de santé communautaires, et même à domicile.

#### 1.1. Types de services de santé

Les services de santé comprennent l'ensemble des soins médicaux et sociaux fournis par des professionnels et des organisations pour répondre aux besoins de santé des populations. Ils incluent :

- **Services de prévention** : Ils visent à empêcher l'apparition de maladies ou à limiter leur propagation. Cela inclut la vaccination, la prévention des infections, l'éducation à la santé, la gestion des facteurs de risque (tabagisme, alimentation, exercice physique).
- **Services curatifs** : Ils sont destinés à traiter et guérir les maladies ou les blessures. Cela inclut la prise en charge des affections aiguës et chroniques, les chirurgies, les traitements médicamenteux et les soins d'urgence.
- **Services de réhabilitation** : Ces services visent à aider les patients à se remettre d'une maladie, d'un accident ou d'une chirurgie. Cela comprend la physiothérapie, les soins de réadaptation mentale et physique, ainsi que la réintégration sociale.
- **Services palliatifs** : Destinés aux patients en fin de vie, ces services visent à soulager la douleur et à améliorer la qualité de vie, en offrant un soutien émotionnel et physique aux patients et à leurs familles.

## 1.2.Secteurs d'intervention

Les services de santé peuvent se diviser en différents secteurs, chacun ayant ses propres spécificités :

- **Soins primaires** : Il s'agit de soins de santé de première ligne, souvent dispensés par des médecins généralistes ou des infirmiers dans des cliniques ou des centres de santé communautaires. Ils se concentrent sur la prévention, la gestion des maladies courantes et le suivi à long terme des patients.

- **Soins spécialisés** : Ces services sont fournis par des professionnels ayant une expertise dans un domaine particulier de la médecine, comme la cardiologie, la neurologie, ou la pédiatrie. Ils impliquent des interventions plus complexes et des technologies avancées.

- **Soins hospitaliers** : Il s'agit de soins fournis dans un cadre hospitalier pour des problèmes de santé graves nécessitant des soins intensifs, une chirurgie ou un suivi spécifique.

Ces services sont conçus pour être accessibles, centrés sur le patient et adaptés aux besoins spécifiques des populations.

## 2. Caractéristiques des services de santé

Les services de santé présentent plusieurs caractéristiques clés qui les différencient des autres types de services :

### 2.1.Accessibilité

Les services de santé doivent être accessibles à tous, indépendamment du lieu de résidence, de la situation économique, ou des conditions sociales. L'accessibilité implique aussi bien la proximité géographique des services que l'accessibilité financière, qui dépend souvent de l'existence de systèmes d'assurance santé ou de financements publics. Les services doivent être disponibles sans barrières géographiques, économiques ou culturelles<sup>1</sup>.

### 2.2.Équité

Il s'agit d'offrir des soins de santé de manière équitable à tous les individus, sans discrimination fondée sur le statut socio-économique, le genre, l'origine ethnique, ou d'autres facteurs. L'équité cherche à réduire les inégalités en matière de santé et à garantir que chaque personne bénéficie des soins nécessaires.

---

<sup>1</sup> [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/service-availability-and-readinessassessment\(sara\)/related-links-\(sara\)/who\\_mbhss\\_2010\\_section1\\_web.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/service-availability-and-readinessassessment(sara)/related-links-(sara)/who_mbhss_2010_section1_web.pdf)

### **2.3. Qualité**

Les services de santé doivent être de haute qualité, autrement dit qu'ils doivent respecter les normes professionnelles, garantir la sécurité des patients, et utiliser des technologies médicales efficaces. La qualité inclut également l'amélioration continue des pratiques et la mise en place de protocoles rigoureux. Les soins doivent être sûrs, efficaces et basés sur des preuves scientifiques<sup>1</sup>.

### **2.4. Délai et disponibilité**

Les services de santé doivent être fournis dans des délais raisonnables et disponibles à tout moment, en particulier dans les situations d'urgence. Le temps de réponse, la disponibilité de lits dans les hôpitaux, et la capacité à répondre à un afflux de patients sont des éléments cruciaux pour un système de santé efficace. Les patients doivent bénéficier d'un suivi cohérent tout au long de leur parcours de soins.

### **2.5. Soutien et approche holistique**

Les services de santé ne se limitent pas aux soins physiques. Un bon service de santé intègre une approche holistique prenant en compte l'état psychologique, social et émotionnel du patient. Cela inclut le soutien aux familles et les soins de santé mentale. Ainsi, une collaboration entre différents niveaux et types de prestataires est essentielle.

Ces caractéristiques garantissent que les services de santé répondent efficacement aux besoins diversifiés des populations.

## **3. Importance des services de santé**

Les services de santé sont déterminants pour le bien-être tant individuel que collectif, et jouent un rôle fondamental à plusieurs niveaux :

### **3.1. Impact sur la santé publique**

Les services de santé sont essentiels pour améliorer la santé publique en réduisant les maladies, les épidémies et en allongeant l'espérance de vie. La prévention et la gestion efficace des maladies contagieuses, telles que la grippe ou le VIH, Ils contribuent à la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile mais aussi à préserver la stabilité des communautés et à l'amélioration globale du bien-être.

---

<sup>1</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

### **3.2.Amélioration de la qualité de vie**

Les services de santé permettent l'amélioration de la qualité de vie des individus en réduisant la douleur et en aidant les patients à maintenir une vie autonome malgré les aléas tels que les maladies chroniques ou les blessures. Les soins palliatifs et la réhabilitation permettent également de préserver la dignité des personnes en fin de vie ou en convalescence.

### **3.3.Réduction des inégalités sociales**

Les services de santé jouent un rôle clé dans la réduction des inégalités sociales en matière de santé. Un accès universel et équitable aux soins de santé peut aider à réduire les écarts entre les différentes classes sociales, les zones rurales et urbaines, et les différentes communautés. En favorisant l'équité dans l'accès aux soins, les systèmes de santé renforcent aussi la solidarité sociale et réduisent donc les inégalités<sup>1</sup>.

### **3.4.Stabilité économique**

Un système de santé efficace favorise une population active en bonne santé, réduisant ainsi les pertes économiques liées aux maladies. Il protège également les individus contre les dépenses catastrophiques grâce à la couverture financière. Un système de santé efficace contribue également à la stabilité économique d'un pays. En traitant les maladies de manière précoce, en assurant la santé de la population active et en offrant des soins de santé préventifs, un pays peut éviter des coûts sanitaires futurs beaucoup plus élevés.

### **3.5.Préparation aux crises sanitaires**

Les services de santé jouent un rôle capital notamment en temps de crises sanitaires comme les pandémies, les épidémies ou même les catastrophes naturelles. La rapidité d'intervention et la gestion des urgences sanitaires sont déterminantes pour limiter les pertes humaines, réduire l'impact des risques sanitaires et aussi maintenir la stabilité sociale.

### **3.6.Soutien à la recherche médicale**

Les services de santé sont également le terreau de la recherche médicale, où des innovations et de nouvelles pratiques sont développées pour traiter des maladies auparavant incurables. La recherche permet d'améliorer la prévention, la prise en charge, et les traitements médicaux.

---

<sup>1</sup> Bull World Health Organ. 2024 Jun 4; 102(7):544–546. doi: 10.2471/BLT.24.291809

#### 4. Défis et perspectives

Malgré leur importance, les services de santé sont confrontés à plusieurs défis, notamment :

- **Pénurie de personnel** : La demande croissante de soins de santé, associée à une pénurie de professionnels qualifiés (médecins, infirmiers, techniciens), représente un défi majeur pour les systèmes de santé ;
- **Inégalités d'accès** : Les disparités géographiques et socio-économiques dans l'accès aux services de santé restent un obstacle dans de nombreux pays ;
- **Financement** : Le financement des services de santé, surtout dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, est souvent insuffisant, ce qui entraîne des problèmes de qualité, d'accessibilité et de durabilité ;
- **Viellissement de la Population** : L'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation du nombre de personnes âgées posent des défis en termes de soins de longue durée et de gestion des maladies chroniques ;
- **Technologie et digitalisation** : L'intégration de nouvelles technologies, comme la télémédecine, la gestion des données de santé, et l'intelligence artificielle, peut révolutionner les services de santé, mais elle comporte aussi des défis en matière de sécurité, d'éthique et de formation.

#### Conclusion

Les services de santé sont un pilier essentiel du développement humain et sociétal. En garantissant leur accessibilité, qualité, coordination et personnalisation, ils permettent non seulement d'améliorer la santé individuelle mais aussi d'assurer une prospérité collective. Ce chapitre met en lumière l'importance d'investir dans ces services pour construire une société plus juste et résiliente.

## Chapitre 2 : Introduction conceptuelle à l'économie de la santé

### Introduction

L'économie de la santé peut être considérée comme un domaine appliqué de la science économique générale. Elle tient ses concepts théoriques de base à quatre principaux domaines : l'économie de l'assurance, l'économie industrielle, l'économie du travail et l'économie publique, auxquels il faut ajouter l'économie du développement pour les travaux concernant la santé dans les pays du Tiers Monde. À partir des années 1960, l'économie de la santé s'est progressivement constituée en sous-discipline scientifique, dotée d'un important degré d'autonomie. Elle a ses spécialistes, regroupés dans l'Association Internationale d'Economie de la Santé (I.H.E.A.), ses congrès et ses propres revues (ex : le *Journal of Health Economics* et *Health Economics*)<sup>1</sup>. L'interdisciplinarité est une des caractéristiques de cette discipline car Elle entretient des relations avec les autres domaines de la science économique, mais aussi, avec les différentes disciplines qui s'intéressent à la santé des individus et des populations (biologie, clinique, épidémiologie, sciences humaines et sociales).

### 1. Historique et définition

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.

#### 1.1. Origine et développement

L'économie de la santé est une discipline qui étudie les interactions entre la santé et l'économie, en se concentrant sur l'allocation des ressources dans le secteur de la santé. Son développement a été marqué par des contributions théoriques et pratiques significatives, notamment aux États-Unis et en France.

L'histoire de l'économie de la santé est donc marquée par plusieurs étapes clés qui ont contribué à son développement en tant que discipline distincte.

##### 1.1.1. Émergence aux États-Unis :

L'économie de la santé a émergé dans les années 1950 aux États-Unis, en lien avec l'économie du bien-être. Deux articles fondamentaux sont souvent cités comme les actes fondateurs de cette discipline :

- **Kenneth Arrow** avec son article « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care » (1963), qui aborde l'incertitude dans les soins médicaux ;

---

<sup>1</sup> <https://www.universalis.fr/encyclopedie/sante-economie-de-la-sante/> consulté le 28/09/2024 à 15h30

- **Mickael Grossman**, qui introduit le concept de « capital santé » et son impact sur la demande de soins.<sup>1</sup>

### 1.1.2. Développement en France

En France, l'économie de la santé a vu le jour à peu près à la même époque, sous l'impulsion d'initiatives étatiques et académiques. Le premier manuel d'économie médicale a été publié en 1973, marquant une étape importante dans la formation des professionnels de la santé. Le Centre de recherche, d'études et de documentation sur la consommation (CREDOC) a également joué un rôle clé dans le développement de ce champ en constituant des équipes spécialisées<sup>2</sup>.

### 1.1.3. Evolution des approches

L'économie de la santé suit l'évolution suivante :

#### - Les années 1960 à 1990

Au fil des décennies, l'approche économique dans le domaine de la santé s'est renforcée, bien que souvent sous le contrôle des médecins. Dans les années 1970, l'économie de la santé a acquis une reconnaissance institutionnelle et académique, mais son développement a parfois été freiné par des résistances au sein de la profession médicale.

#### - Les années 1980 et au-delà

À partir des années 1980, face à la nécessité croissante de contrôler les dépenses de santé, l'évaluation économique est devenue essentielle. Les économistes ont commencé à analyser non seulement les coûts mais aussi l'efficacité des interventions médicales et des systèmes de santé. Cette période a également vu un intérêt croissant pour les questions d'inégalités dans l'accès aux soins et pour la marchandisation du secteur<sup>3</sup>.

#### - Thèmes contemporains

Aujourd'hui, l'économie de la santé aborde plusieurs thèmes clés :

- ✓ Analyse coût-efficacité : Évaluation des dépenses en matière de santé pour maximiser les résultats ;
- ✓ Impact économique des dépenses de santé : Étude sur comment les investissements dans le secteur influencent la croissance économique globale ;

---

<sup>1</sup> Marie-Odile Safon, « L'économie de la santé ». IRDES, Paris, septembre 2022

<sup>2</sup> Daniel Benamouzig, « L'économie de la santé sous surveillance médicale (1960-1990) », *Histoire, médecine et santé* [En ligne], 4 | automne 2013, mis en ligne le 01 décembre 2014, consulté le 10 octobre 2024. URL : <http://journals.openedition.org/hms/351> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/hms.351>

<sup>3</sup> Riou Françoise. Santé publique et économie de la santé : ébauche d'un bilan. In: *Les Cahiers du LERASS*, n°22, 1991. Santé publique : esquisse d'un bilan. pp. 27-34. DOI : <https://doi.org/10.3406/sciso.1991.925>

- ✓ Régulation du système de soins : Analyse des comportements des acteurs et des incitations économiques.

L'économie de la santé continue d'évoluer, intégrant des perspectives interdisciplinaires qui englobent non seulement l'économie mais aussi l'épidémiologie et les sciences sociales. Elle reste un domaine crucial pour comprendre les défis contemporains liés à la santé publique et à l'organisation des systèmes de soins.

### **1.2.Définition**

L'économie de la santé est une discipline qui étudie l'allocation des ressources dans le domaine de la santé. Elle s'intéresse à l'efficacité, à l'efficience et à l'équité des systèmes de santé, en analysant comment les ressources peuvent être utilisées de manière optimale pour améliorer la santé de la population.

L'économie de la santé est l'application aux domaines médical et socio-sanitaire des concepts et des méthodes de l'économie. Elle évalue le coût de la santé et de son incidence sur l'économie générale, sur le budget de la nation et des ménages, sur la gestion des entreprises et sur la politique sociale. Elle analyse l'offre et la demande de soins, le marché des biens et des services médicaux, le fonctionnement et le financement du système de santé<sup>1</sup>.

L'économie de la santé a pour intérêt l'analyse des fonctions du système de santé : la fonction de production des soins, la fonction de leur répartition et celle de leur consommation. L'économie de la Santé est une forme d'économie normative, aussi appelée « économie du bien-être » ; son but est d'estimer combien le travail économique contribue au bien-être de la société.

L'économie de la santé est l'application des théories et des techniques économiques au secteur de la santé. La santé n'est pas en elle-même quelque chose qui peut être acheté ou vendu – dans certaines situations, aucune somme d'argent dépensée en traitements ne peut ramener la vie ou la santé. Ce sont les soins de santé qui sont des biens marchandables. Donc en pratique, l'économie de la santé est l'application de théories et techniques économiques pour pourvoir aux besoins en soins de santé.

### **1.3.Caractéristiques de l'économie de la santé**

L'économie de la santé se distingue par plusieurs caractéristiques spécifiques qui la différencient des autres branches de l'économie, à savoir :

---

<sup>1</sup> <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/economie-de-la-sante#:~:text=L'%C3%A9conomie%20de%20la%20sant%C3%A9,et%20sur%20la%20politique%20sociale.>

- **Interdisciplinarité** : L'économie de la santé se nourrit de diverses disciplines, notamment l'épidémiologie, les sciences humaines et sociales, et les différentes branches de la médecine ;
- **Analyse des ressources** : Elle examine comment allouer efficacement les ressources limitées pour répondre aux besoins de santé croissants de la population. Cela inclut l'évaluation des coûts et des bénéfices des interventions sanitaires ;
- **Évaluation économique** : Les économistes de la santé utilisent des méthodes d'analyse coût-efficacité pour déterminer l'efficacité des dépenses en matière de santé, cherchant à maximiser les résultats pour chaque euro dépensé ;
- **Incertitude** : Le domaine de la santé est marqué par une grande incertitude, tant du côté de l'offre (diagnostic, traitement) que de la demande (besoin futur de soins). Cette incertitude rend difficile la prévision des besoins en soins et des coûts associés <sup>1</sup> ;
- **Asymétrie de l'information** : Les patients ont généralement moins d'informations sur les traitements, les coûts et les options disponibles que les professionnels de la santé, ce qui crée une situation d'asymétrie de l'information. Cela peut conduire à des décisions sous-optimales de la part des patients ;
- **Intervention publique** : La santé est souvent considérée comme un bien public, ce qui justifie une forte intervention de l'État. Les gouvernements régulent souvent les prix, subventionnent les soins et offrent des services de santé à travers des systèmes publics ou semi-publics ;
- **Élasticité faible de la demande** : La demande de soins de santé est souvent inélastique, car elle est liée à des besoins vitaux. Les consommateurs sont prêts à payer presque n'importe quel prix pour obtenir des soins lorsqu'ils en ont besoin, ce qui peut entraîner des coûts élevés ;
- **Externalités** : La santé génère des externalités positives (par exemple, la vaccination protège non seulement l'individu mais aussi la communauté) et négatives (la propagation des maladies contagieuses). L'économie de la santé doit tenir compte de ces effets pour réguler les comportements et les politiques publiques ;
- **Hétérogénéité des biens et services** : Les soins de santé ne sont pas un bien homogène ; ils varient selon les types de services (préventifs, curatifs, palliatifs), les technologies utilisées, et la qualité des prestataires, ce qui complique l'analyse économique ;

---

<sup>1</sup><https://www.universalis.fr/encyclopedie/sante-economie-de-la-sante/>

- **Importance de l'équité** : Contrairement à d'autres marchés où la maximisation du profit est souvent l'objectif principal, l'économie de la santé accorde une importance particulière à l'équité, c'est-à-dire à l'accès égal aux soins de santé pour toutes les couches de la population ;

- **Dépenses croissantes** : Les dépenses de santé augmentent souvent plus rapidement que l'inflation dans de nombreux pays en raison des progrès technologiques, du vieillissement de la population et de la demande croissante pour des soins de meilleure qualité.

Ces caractéristiques rendent l'économie de la santé complexe et exigent des approches spécifiques pour analyser et résoudre les problèmes liés à l'allocation des ressources et à la fourniture des services de santé.

#### 1.4. Objectifs de l'économie de la santé

L'économie de la santé a pour objectif d'analyser la manière dont les ressources sont allouées et utilisées dans le secteur de la santé afin de maximiser l'efficacité et l'équité. Voici quelques objectifs clés :

- **Optimisation des ressources** : Analyser comment les ressources limitées (financières, humaines, technologiques) peuvent être utilisées au mieux pour maximiser les résultats en matière de santé ;

- **Amélioration de l'accès aux soins** : Assurer que les services de santé sont accessibles à tous, indépendamment de leur statut socio-économique, en étudiant les inégalités et en proposant des solutions pour y remédier ;

- **Évaluation de l'efficacité** : Comparer les coûts et les bénéfices des interventions médicales pour déterminer celles qui offrent les meilleurs résultats pour un coût donné (analyse coût-efficacité, coût-utilité, etc.) ;

- **Contrôle des dépenses de santé** : Étudier les facteurs qui influencent l'augmentation des dépenses de santé et proposer des politiques pour les maîtriser tout en améliorant les résultats de santé ;

- **Amélioration de la qualité des soins** : Identifier des moyens pour améliorer la qualité des services de santé, notamment par l'évaluation des performances des systèmes de santé et l'introduction d'innovations ;

- **Analyse des politiques de santé** : Étudier l'impact des politiques publiques (assurance maladie, régulation des prix des médicaments, etc.) sur la santé des populations et sur l'économie en général.

L'économie de la santé cherche ainsi à équilibrer les besoins de santé avec les contraintes économiques pour atteindre des résultats optimaux en matière de santé publique.

## **2. Le marché des biens et services médicaux**

Le marché des biens et services médicaux est un secteur complexe, influencé par divers facteurs économiques, sociaux et politiques. Il englobe une vaste gamme de produits et de services, allant des médicaments aux soins hospitaliers, en passant par les dispositifs médicaux et les services de santé préventifs.

### **2.1. Les caractéristiques du marché de la santé**

Le marché des biens et services médicaux se caractérise par<sup>1</sup> :

#### **2.1.1. Demande inélastique**

La demande pour les biens et services médicaux est souvent inélastique, ce qui signifie qu'elle ne varie pas beaucoup en fonction des prix. Les consommateurs ont peu de choix lorsque leur santé est en jeu, ce qui rend ce marché différent des marchés classiques

#### **2.1.2. Asymétrie d'information**

Dans le secteur de la santé, il existe une asymétrie d'information significative entre les producteurs (médecins, hôpitaux) et les consommateurs (patients). Les patients conseils dépendent des professionnels de santé pour des traitements appropriés, ce qui peut influencer leur consommation de soins.

#### **2.1.3. Interdépendance entre offre et demande**

L'offre et la demande dans le secteur de la santé sont fortement interdépendantes. Les décisions prises par les professionnels de santé peuvent affecter la demande des patients, tandis que la disponibilité des soins influence également les comportements des consommateurs.

#### **2.1.4. Forte régulation gouvernementale**

Le secteur de la santé est largement encadré par les gouvernements à travers des lois et des réglementations qui visent à assurer la qualité des soins, l'accès pour tous, et la sécurité des

---

<sup>1</sup> <https://www.gpe-afrique.com/moodledata/filedir/76/15/7615dce24b4b7b55d0d2afba963ccae11cf249cc>

patients. Cela inclut la fixation des prix des médicaments et des traitements dans de nombreux pays.

#### **2.1.5. Technologie et innovation**

Le secteur de la santé est en constante évolution, avec de nouvelles technologies, médicaments et traitements qui améliorent les résultats pour les patients. Cela inclut la télémédecine, les thérapies génétiques, et les équipements médicaux avancés.

#### **2.1.6. Coûts élevés et financement diversifié**

Les soins de santé peuvent être très coûteux, notamment pour les traitements spécialisés ou les interventions chirurgicales complexes. Les systèmes de financement varient selon les pays (assurances privées, assurances publiques, systèmes de santé nationaux) et sont souvent un mélange de ces options.

#### **2.1.7. Vieillesse de la population**

Dans de nombreux pays, le vieillissement de la population entraîne une demande accrue pour des services de santé, notamment en soins de longue durée, et cela met une pression supplémentaire sur les systèmes de santé.

#### **2.1.8. Éthique et déontologie**

Le secteur de la santé est fortement influencé par des considérations éthiques, telles que l'accès équitable aux soins, les droits des patients, et les dilemmes autour des soins de fin de vie ou de la médecine reproductive.

#### **2.1.9. Hétérogénéité des services**

Contrairement à d'autres marchés, les services de santé ne sont pas homogènes. Ils dépendent des besoins individuels, des diagnostics spécifiques et des approches thérapeutiques qui varient d'un patient à un autre.

Ces caractéristiques font du marché de la santé un secteur qui est à la fois crucial pour le bien-être des populations et complexe à gérer, tant sur le plan économique que social. En somme, le marché des biens et services médicaux est un domaine dynamique qui nécessite une régulation efficace pour répondre aux besoins croissants en matière de santé tout en maîtrisant les coûts associés.

## **2.2. Les acteurs du marché de la santé**

Le marché de la santé est composé d'une multitude d'acteurs qui interagissent pour fournir des soins, des produits et des services médicaux. Ces acteurs peuvent être classés en plusieurs catégories, jouant chacune un rôle distinct dans l'écosystème de la santé<sup>1</sup>.

### **2.2.1. Professionnels de la santé**

Les professionnels de la santé sont les suivants :

- Médecins : Ils diagnostiquent et traitent les maladies. Leur rôle est central dans la prise de décision concernant les soins à dispenser ;
- Infirmiers et aides-soignants : Ils assurent les soins quotidiens aux patients et jouent un rôle crucial dans le suivi médical ;
- Pharmaciens : Ils dispensent des médicaments et conseillent les patients sur leur utilisation.

### **2.2.2. Établissements de santé**

Les établissements de santé sont les suivants :

- Hôpitaux : Fournissent des soins aigus et spécialisés, souvent avec des services d'urgence ;
- Cliniques : Offrent des soins moins complexes que ceux des hôpitaux, souvent en ambulatoire ;
- Structures médico-sociales : Incluant des maisons de retraite et des centres d'hébergement pour personnes âgées.

### **2.2.3. Industriels et fournisseurs**

Les industriels et fournisseurs du marché de la santé sont :

- Industrie pharmaceutique : Développe, fabrique et commercialise des médicaments.
- Fabricants de dispositifs médicaux : Produisent des équipements allant des simples bandages aux technologies avancées comme les prothèses.
- Technologies de santé numérique : Start-ups et entreprises développant des applications, des dispositifs connectés et des solutions de télémédecine.

### **2.2.4. Assurances et payeurs**

---

<sup>1</sup> <https://www.lafnim.com/actualite/les-nouveaux-acteurs-de-la-sante-49.htm>

Les assurances et payeurs du marché de la santé sont :

- Assurances maladie : Comprennent les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles et les assurances privées qui financent une partie ou la totalité des soins.
- Organismes gouvernementaux : Régulent le système de santé et financent les soins via des budgets publics.

### **2.2.5. Acteurs institutionnels**

Les acteurs institutionnels du marché de la santé sont :

- Ministères de la Santé : Élaborent les politiques de santé publique et régulent le secteur.
- Agences sanitaires : Comme l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), elles supervisent la sécurité sanitaire des produits de santé.
- Organisations non gouvernementales (ONG) : Interviennent souvent dans le domaine de la santé publique, notamment dans les pays en développement.

### **2.2.6. Patients et usagers**

Les patients sont au cœur du système de santé. Leur engagement est crucial pour l'efficacité des soins :

- Usagers du système de santé : Comprennent non seulement les patients mais aussi leurs familles et aidants, qui participent aux décisions concernant leur traitement.

### **2.2.7. Chercheurs et universitaires**

Les chercheurs contribuent à l'innovation en santé par le biais d'études cliniques, d'évaluations économiques et d'analyses sur l'efficacité des traitements.

La collaboration entre ces différents acteurs est cruciale pour répondre aux défis actuels du secteur, tels que l'augmentation des coûts, l'innovation technologique et l'amélioration continue de la qualité des soins.

## **Conclusion**

L'économie de la santé, en tant que branche spécifique de l'économie, occupe une place stratégique dans l'analyse et la gestion des systèmes de santé. Elle vise à comprendre comment les ressources limitées sont utilisées pour répondre aux besoins de santé de la population, en étudiant les comportements des acteurs (patients, professionnels, institutions) et les mécanismes de financement, de production et de consommation des soins.

## Chapitre 3 : Analyser la demande de services de santé

### Introduction

La demande de services de santé désigne la quantité de soins que les individus sont prêts à consommer à un prix donné, en fonction de leurs besoins, préférences et contraintes. Analyser cette demande permet de mieux comprendre les comportements des patients, d'adapter l'offre et de prendre des décisions en matière de politiques de santé publique.

### 1. Comprendre la notion de demande en santé

La demande née du besoin, il et donc au préalable, primordiale de comprendre la notion de besoin afin de mieux cerner celle de la demande.

#### 1.1.Le Besoin en santé

Le besoin en santé est un concept fondamental en santé publique et en économie de la santé, qui désigne l'écart entre l'état de santé actuel d'un individu ou d'une population et l'état de santé souhaitée.

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.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le bien-être est lié à la satisfaction des besoins et à l'accomplissement des capacités physiques, intellectuelles et spirituelles. En ce sens, les besoins en santé peuvent être classés en deux catégories<sup>1</sup> :

✓ **Besoins primaires** : Indispensables pour le maintien de la vie biologique et du bien-être physique ;

✓ **Besoins secondaires** : Varient selon les individus ou les groupes sociaux, incluant des dimensions psychologiques, affectives et intellectuelles qui correspondent au bien-être mental et social.

Les besoins en santé évoluent en fonction de plusieurs facteurs comme les progrès médicaux, les facteurs socio-économiques(le niveau de revenu) et l'évolution démographique (le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques).

---

<sup>1</sup> [https://entfmed.univ-tlemcen.dz/ressources/documents\\_actualites/scolimed\\_154.pdf](https://entfmed.univ-tlemcen.dz/ressources/documents_actualites/scolimed_154.pdf)

Ainsi, le besoin en santé est un concept dynamique qui nécessite une attention continue pour garantir que les systèmes de soins répondent efficacement aux attentes et aux nécessités des populations. Une compréhension approfondie des différents types de besoins et des facteurs qui les influencent est essentiel pour développer des politiques de santé adaptées et équitables.

### **1.2.La demande en santé**

La demande de santé se réfère à la volonté et à la capacité des individus à rechercher et à consommer des services de santé. Elle est influencée par divers facteurs, notamment les besoins de santé, les conditions économiques, et les caractéristiques socioculturelles. Voici une analyse détaillée de ce concept.

La demande de santé est le processus par lequel les patients manifestent un comportement de consommation de services médicaux. Elle est souvent considérée comme inélastique, c'est-à-dire que les individus sont moins sensibles aux variations de prix lorsqu'il s'agit de leur santé.

La naissance d'un besoin de santé crée la demande ; ainsi le patient entre dans le système de santé lorsqu'il cherche le rétablissement de son état de santé en ayant recours à la consommation de d'actes médicaux<sup>1</sup>.

## **2. Les facteurs d'influence**

Plusieurs types de facteurs influent sur la demande de santé, notamment :

### **2.1.Facteurs médicaux**

Comme la morbidité qui désigne l'état de maladie ou l'ensemble des problèmes de santé affectant un individu ou une population. Elle est définie comme le nombre de personnes malades ou le nombre de cas de maladies dans une population déterminée, à un moment donnée.

### **2.2.Facteurs économiques**

Les facteurs économiques sont principalement :

✓ Revenus : Une augmentation des revenus est généralement associée à une augmentation de la demande de soins. Les personnes ayant des revenus plus élevés sont plus susceptibles d'accéder à des soins médicaux <sup>2</sup>;

✓ prix des soins : Des prix plus bas entraînent la consommation médicale, tandis que des prix élevés peuvent constituer des barrières à l'accès aux soins ;

✓ Protection sociale : L'existence d'une couverture sociale réduit le coût direct pour le patient, favorisant la consommation.

---

<sup>1</sup> Brahmia, B. « Economie de la santé », AlphaDoc, Constantine, 2023.p41

<sup>2</sup> <https://fmedecine.univ-setif.dz/Cours/Besoin%20demande%20soins.pdf>

### **2.3.Facteurs psychosociologiques**

Les facteurs psychosociologiques englobent :

✓ Niveau d'instruction : Un niveau d'éducation plus élevé est souvent corrélé à une meilleure gestion de sa santé et à une consommation plus raisonnée des services médicaux ;

✓ Taille du ménage et lieu de résidence : Les ménages plus petits et ceux situés en milieu urbain consomment généralement plus de soins que les ménages plus grands ou ceux en milieu rural ;

✓ Catégorie socioprofessionnelle : Les cadres consomment souvent plus de soins de qualité, les ouvriers plus en quantité.

### **2.4.Facteurs socioéconomiques**

Les facteurs socioéconomiques englobent l'âge et le sexe. Les jeunes, les femmes et les personnes âgées sont souvent les principaux utilisateurs des services de santé. La consommation varie également selon le sexe, avec des dépenses généralement plus élevées chez les femmes

### **2.5.Facteurs culturels et comportementaux**

Les habitudes de vie (tabagisme, consommation d'alcool) et les croyances culturelles influencent également la demande de soins. Par exemple, un mode de vie sain peut réduire la nécessité d'une consommation médicale.

La demande de santé est étroitement liée à l'offre. Une augmentation de l'offre (par exemple, le nombre de médecins) peut stimuler la demande. Cela signifie que l'accès accumulé aux soins peut entraîner une consommation supplémentaire, même si les besoins réels ne justifient pas toujours cette augmentation.

### **Conclusion**

Finalement, la demande de santé est un concept complexe influencé par une multitude de facteurs interconnectés. Comprendre ces déterminants est crucial pour les décideurs politiques afin d'améliorer l'accès aux soins et d'optimiser l'allocation des ressources dans le système de santé.

## **Chapitre 4 : Analyser la production et l'offre de services de santé**

### **Introduction**

La santé est un besoin fondamental de l'être humain. La production et l'offre de services de santé représentent l'ensemble des activités, structures, ressources humaines et matérielles mobilisées pour répondre aux besoins sanitaires de la population. Dans un contexte de ressources limitées et de besoins croissants, il devient essentiel d'analyser l'organisation, le fonctionnement et la performance de cette offre pour en améliorer l'efficacité, l'efficience, l'accessibilité et l'équité.

### **1. Comprendre l'offre de services de santé**

Pour cerner la notion d'offre de services de santé, plusieurs éléments peuvent être abordés.

#### **1.1. Définition de l'offre en santé**

L'offre en santé définit l'ensemble des infrastructures et installations de santé (fixes et mobiles), relevant du secteur public et du secteur privé, des ressources humaines qui leurs sont affectées, ainsi que des moyens mis en œuvre pour produire des prestations de soins et des services afin de répondre de façon optimale aux besoins de santé des individus et des collectivités (curatifs et préventifs).

L'offre de soins se compose donc de plusieurs éléments clés :

- ✓ Ressources humaines : Inclut les médecins, infirmiers, techniciens et autres professionnels de la santé ;
- ✓ Ressources matérielles : Comprend les infrastructures (hôpitaux, cliniques, centres de santé) et les équipements médicaux nécessaires pour fournir des soins ;
- ✓ Ressources financières : Englobe le financement des services de santé, provenant à la fois de l'État, des assurances maladie et des paiements directs des patients.

#### **1.2. Acteurs de l'offre en santé**

L'offre en santé peut être issue de :

- ✓ État : Joue un rôle central en tant que régulateur et financier. Il fixe les politiques de santé publique, garantit l'accès aux soins et veille à la qualité des services ;
- ✓ Producteurs de soins : Comprend les hôpitaux publics et privés, les cliniques, ainsi que les professionnels de santé exerçant en libéral ;

✓ Assurances maladie : Elles financent une partie des soins et influencent l'accès aux services en fonction des couvertures proposées.

### **1.3.Types d'offres de soins**

L'offre en santé peut être classée selon différents niveaux :

✓ Soins primaires : Services de base fournis par des médecins généralistes ou dans des centres de santé communautaires ;

✓ Soins secondaires : Services spécialisés fournis par des médecins spécialistes dans des hôpitaux ou cliniques ;

✓ Soins tertiaires : Interventions hautement spécialisées nécessitant des équipements avancés, souvent réalisées dans des hôpitaux universitaires.

L'offre en santé est essentielle pour garantir que les besoins de santé d'une population soient satisfaits. Une bonne gestion de cette offre nécessite une coordination efficace entre les différents acteurs du système de santé afin d'assurer un accès équitable aux services de qualité pour tous.

### **1.4.Enjeux économiques et managériaux de l'offre de services de santé**

L'offre de services de santé présente plusieurs enjeux notamment économiques :

- Caractère de service public : La santé est un service public, souvent financé par des mécanismes collectifs (assurances, budgets publics), ce qui nécessite une gestion adaptée ;
- Management hospitalier : Application des outils de management pour améliorer la performance, la qualité et la satisfaction des usagers ;
- Efficience et équité : Optimiser l'allocation des ressources pour maximiser les résultats sanitaires tout en assurant un accès équitable ;
- Impact économique : Les coûts directs et indirects des soins, ainsi que les bénéfices en termes de santé publique (années de vie gagnées, décès évités), sont des critères essentiels d'évaluation.

## **2. La production des services de santé**

L'offre de services de santé est un ensemble des prestataires, institutions, ressources humaines, matérielles et techniques disponibles pour répondre aux besoins de santé. Ainsi, la production de ces services est l'activité de transformation des ressources (inputs) en prestations de soins (outputs).

La production des services de santé se mesure par la capacité à fournir des soins efficaces, accessibles et de qualité. Elle implique :

- ✓ Évaluation de la qualité des soins : Analyse des pratiques professionnelles, satisfaction des patients, respect des normes techniques et éthiques ;
- ✓ Gestion des ressources : Allocation efficace des ressources humaines, matérielles et financières ;
- ✓ Indicateurs de performance : Taux d'occupation des lits, temps d'attente, taux de mortalité, indicateurs qualité et sécurité des patients ;
- ✓ Gestion des risques : Prévention et gestion des risques liés aux soins pour assurer la sécurité des patients.

## **2.1. Caractéristiques de la production en santé**

La production en santé présente des caractéristiques spécifiques qui la distinguent des autres secteurs économiques, en raison de la nature même des biens et services produits, des acteurs impliqués, et des finalités poursuivies.

### **2.1.1. Caractère immatériel et complexe de la production**

La production de services de santé est essentiellement immatérielle : il s'agit de prestations de soins, de prévention, de diagnostic, ou d'éducation à la santé, qui ne se traduisent pas par un bien tangible mais par une amélioration de l'état de santé ou du bien-être des individus<sup>1</sup>.

Cette production est multidimensionnelle, intégrant des aspects physiques, psychiques et sociaux, ce qui rend difficile la mesure directe de la quantité ou de la qualité produite.

### **2.1.2. Production intégrée et multidisciplinaire**

La production en santé mobilise une diversité d'acteurs et de ressources : professionnels médicaux, paramédicaux, infrastructures, technologies, médicaments, mais aussi l'environnement familial et social<sup>2</sup>.

Elle combine des savoirs scientifiques, des pratiques techniques et des dimensions humaines et sociales, ce qui nécessite une coordination complexe entre différents intervenants.

### **2.1.3. Caractère aléatoire et incertain de la demande**

---

<sup>1</sup> [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilite-populationnelle/cadre\\_conceptuel.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilite-populationnelle/cadre_conceptuel.pdf)

<sup>2</sup> Mebtoul, M. (2010). 1. La dimension sociopolitique de la production de santé en Algérie. Dans G. Cresson et M. Mebtoul Famille et santé (p. 19-30). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.mebto.2010.01.0019>.

La demande de services de santé est souvent imprévisible, liée à des événements de santé aléatoires (maladie, accident) et à des besoins qui peuvent varier fortement dans le temps et selon les populations.

Cette incertitude influence la planification et la gestion de la production, imposant une flexibilité et une capacité de réaction rapide.

#### **2.1.4. Production collective et domestique**

Une part importante de la production de santé se fait au sein des familles, par des soins informels, de l'éducation sanitaire, ou des actions préventives domestiques<sup>1</sup>.

Cette production domestique est souvent invisible dans les statistiques mais joue un rôle crucial dans le maintien de la santé.

#### **2.1.5. Spécificités économiques et organisationnelles**

La production de santé est souvent financée et régulée par des mécanismes publics ou assurantiels, du fait de son caractère de bien collectif et de la nécessité d'assurer un accès équitable. Elle est soumise à des exigences fortes de qualité, de sécurité et d'éthique, ce qui impose des normes strictes et un contrôle permanent.

La production pharmaceutique, par exemple, est une industrie stratégique, à la fois technologique et territoriale, qui combine innovation, réglementation et enjeux économiques majeurs.

#### **2.1.6. Difficulté de mesure de la productivité**

Contrairement à d'autres secteurs, la productivité en santé ne se mesure pas uniquement en termes quantitatifs (nombre d'actes, patients traités), mais aussi en termes d'efficacité sanitaire, de qualité des soins, et d'impact sur la santé de la population<sup>2</sup>.

On parle souvent de productivité sanitaire, rendement par unité de coût, ou encore d'efficience, qui intègre la relation entre ressources mobilisées et résultats obtenus.

Ces caractéristiques montrent que la production en santé est un processus complexe, multidimensionnel, et fortement encadré, combinant des aspects techniques, humains,

---

<sup>1</sup> Cresson, G. (2006). La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle. *Recherches familiales*, 3(1), 6-15. <https://doi.org/10.3917/rf.003.0006>.

<sup>2</sup> Guillaumont, P. (1971). Santé et production: Remarques sur quelques aspects de l'économie de la santé en relation avec le développement. *Revue d'économie Politique*, 81(1), 1-35. <http://www.jstor.org/stable/24695351>

économiques et sociaux. Cette complexité nécessite des approches spécifiques pour analyser et améliorer l'offre et la production de services de santé.

## 2.2. La fonction de production en santé

La fonction de production en santé est un concept économique qui modélise la relation entre les intrants (inputs) utilisés dans le secteur de la santé et la production de résultats en termes de santé (outputs). Elle permet de comprendre comment les ressources mobilisées (soins médicaux, technologies, personnel, etc.) se transforment en amélioration de l'état de santé des individus ou de la population.

### 2.2.1. La formule de la fonction de production en santé

La fonction de production en santé peut s'écrire sous la forme :  $S=g(m)$

Où :

- S représente le produit « santé », c'est-à-dire l'état de santé ou la santé produite,
- m désigne les soins médicaux ou l'ensemble des intrants (consultations, traitements, hospitalisation, médicaments, etc.) utilisés pour produire cette santé<sup>1</sup>.

Cette relation traduit l'idée que la santé est le résultat d'un processus de transformation des soins médicaux en amélioration de l'état de santé.

### 2.2.2. Caractéristiques de la fonction de production en santé

La formule de production en santé se caractérise par :

- **Santé comme bien durable et multidimensionnel** : La santé est un bien durable qui dure dans le temps et qui dépend de multiples facteurs, pas seulement des soins médicaux, mais aussi du mode de vie, de l'environnement, de la génétique, etc. ;
- **Soins médicaux comme intrant, pas un bien de consommation directe** : Les soins médicaux ne sont pas directement consommés pour leur utilité propre, mais pour leur capacité à améliorer la santé, qui elle-même entre dans la fonction d'utilité des individus ;

---

<sup>1</sup> Djellal, F., Gallouj, C. et Gallouj, F. (2004). De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et nœud de réseaux Les différentes facettes de l'innovation hospitalière. Revue française des affaires sociales, 223-248. <https://doi.org/10.3917/rfas.041.0223>.

- **Rendements marginaux décroissants** : L'effet additionnel des soins médicaux sur la santé diminue à mesure que la quantité de soins augmente. Par exemple, un excès de traitement peut même avoir des effets négatifs (effets secondaires) ;
- **Fonction non linéaire et complexe** : La relation entre soins et santé n'est pas linéaire, elle peut être influencée par des facteurs contextuels, la qualité des soins, et la coordination entre les différents acteurs.

### 2.2.3. Utilisation de la fonction de production en santé

- **Évaluation de l'efficacité et de la productivité sanitaire** : La fonction permet d'analyser la productivité des ressources mobilisées dans le système de santé, par exemple dans les hôpitaux, en mesurant la quantité de santé produite par unité de ressources utilisées<sup>1</sup> ;
- **Gestion hospitalière** : En modélisant la production hospitalière (ex. avec des fonctions de type Cobb-Douglas), on peut évaluer l'efficacité technique, les économies d'échelle, et optimiser l'allocation des ressources (personnel, lits, équipements) ;
- **Analyse des politiques de santé** : Elle sert à comprendre comment différentes interventions (préventives, curatives) influencent la santé globale, et à orienter les décisions publiques pour maximiser l'impact sanitaire avec les ressources disponibles.

## 3. Évaluation de la productivité dans les services de santé

L'évaluation de la productivité dans le secteur de la santé consiste à mesurer l'efficacité avec laquelle les ressources (personnel, équipements, infrastructures, médicaments) sont utilisées pour produire des services de santé et améliorer l'état de santé des populations. Cette évaluation est essentielle pour optimiser l'allocation des ressources, améliorer la qualité des soins et assurer la durabilité des systèmes de santé.

### 3.1. Objectifs de l'évaluation de la productivité

L'évaluation de la productivité dans le domaine de la santé renferme plusieurs objectifs :

- Identifier les domaines d'amélioration dans la gestion et l'organisation des établissements de santé ;
- Mesurer la performance économique des hôpitaux et autres structures de soins ;
- Favoriser une meilleure allocation des ressources en fonction des résultats obtenus :

---

<sup>1</sup> Guillaumont, P. (1971). Op. cit.

- Suivre l'évolution de la productivité dans le temps pour évaluer l'impact des politiques de santé :
- Comparer la performance entre établissements publics, privés et selon les spécialités.

### **3.2.Méthodes et indicateurs utilisés**

Pour mesurer la productivité en santé, il existe des méthodes ainsi que des indicateurs.

#### **3.2.1. Mesure de la productivité globale et partielle**

La productivité peut être globale ou partielle :

- **Productivité globale** : rapport entre l'ensemble des activités réalisées (nombre de séjours, actes médicaux pondérés par leur complexité et coût) et l'ensemble des ressources utilisées (personnel, équipements, lits) ;
- **Productivité partielle** : mesure de la productivité d'un facteur spécifique, par exemple la productivité du personnel médical calculée comme le ratio de l'activité attribuée au personnel médical sur le nombre d'emplois médicaux en équivalents temps plein (ETP).

#### **3.2.2. Indicateurs clés de performance (ICP)**

Des indicateurs peuvent être mobilisés afin de déterminer la productivité.

- Durée moyenne de séjour (DMS) : Indicateur d'efficacité dans la gestion des lits ;
- Taux d'occupation des lits : Mesure de l'utilisation des capacités hospitalières ;
- Taux de réadmission et d'infection nosocomiale : Indicateurs de qualité des soins ;
- Ratio personnel en formation et taux de rétention : Indicateurs de gestion des ressources humaines.

### **Conclusion**

L'analyse de la production et de l'offre de services de santé est un élément clé pour comprendre le fonctionnement des systèmes de santé. Elle permet d'identifier les forces et faiblesses des structures de soins, d'améliorer la qualité, la couverture et l'efficacité des services, tout en tenant compte des spécificités économiques, organisationnelles et sociales du secteur de la santé.

## **Chapitre 5 : Tarification des services de santé**

### **Introduction**

La tarification des services de santé représente l'ensemble des mécanismes par lesquels les actes médicaux, les soins hospitaliers, les consultations, les médicaments, etc., sont évalués en termes monétaires. Elle est au cœur des politiques de santé car elle influence l'accès aux soins, la qualité des services, et la maîtrise des dépenses. La tarification des services de santé est un sujet complexe, structuré par des règles précises et des cadres légaux. Elle vise à organiser la facturation des soins dispensés dans les établissements de santé, tout en assurant une allocation efficace et équitable des ressources.

### **1. Définition et objectifs**

La tarification des services de santé désigne l'ensemble des méthodes et mécanismes utilisés pour déterminer le prix ou la valeur monétaire des prestations de soins fournies par les professionnels et établissements de santé.

#### **1.1. Définition**

La tarification des services de santé correspond à l'établissement de tarifs pour les prestations médicales et hospitalières fournies aux patients. Ces tarifs sont utilisés pour facturer les soins, que ce soit en hospitalisation complète, ambulatoire, ou en soins à domicile, et servent de base pour le remboursement par les assurances maladie ou la prise en charge par les patients eux-mêmes.

La tarification des services de santé est le processus par lequel les actes médicaux, hospitaliers, paramédicaux, les médicaments, ou encore les épisodes de soins sont évalués financièrement, soit pour fixer un tarif remboursé par un organisme payeur (assurance maladie), soit pour organiser la rémunération des professionnels de santé. Elle constitue un outil de régulation, d'efficacité économique et de pilotage des systèmes de santé.

De cette définition, la tarification présente les enjeux suivants :

- ✓ Elle structure la rémunération des acteurs de santé (médecins, hôpitaux, laboratoires) ;
- ✓ Elle influence l'accès aux soins pour les patients (en modulant le reste à charge) ;
- ✓ Elle conditionne la viabilité économique des établissements de santé ;

- ✓ Elle reflète des choix politiques en matière de santé publique (solidarité, incitation à la qualité, maîtrise des dépenses).

La tarification des services de santé est donc le système par lequel sont déterminés les montants à payer ou à rembourser pour les soins, les actes médicaux, les hospitalisations, ou les médicaments. Elle permet de fixer la rémunération des professionnels de santé et d'organiser le financement du système de soins. Elle peut varier selon le pays, le type de soin, ou le mode de financement. C'est aussi un outil de pilotage économique et un levier de régulation.

## 1.2.Objectifs

Les objectifs de la tarification des services de santé, peuvent être synthétisés ainsi :

- ✓ **Améliorer la transparence du financement**

La tarification à l'activité vise à rendre plus transparente la relation entre le financement des établissements de santé et la production réelle de soins. En liant directement le financement à l'activité réalisée (ex : nombre et type de séjours hospitaliers), elle permet une meilleure visibilité sur les coûts et les ressources consommées<sup>1</sup>.

- ✓ **Assurer l'équité dans le financement**

Un autre objectif clé est d'instaurer une équité entre les établissements et les fournisseurs de soins : pour un même type de prestation, le tarif est identique quel que soit l'établissement. Cela évite les disparités injustifiées et garantit une égalité de traitement des patients, à condition que la classification des activités soit suffisamment précise et que les facteurs contextuels soient pris en compte<sup>2</sup>. Un système de financement mutualisé (cotisations sociales, impôts) permet à chacun de bénéficier des soins selon ses besoins et non ses moyens.

- ✓ **Stimuler l'efficience et la maîtrise des coûts**

La tarification à l'activité introduit une forme de concurrence entre établissements, incitant chacun à optimiser ses coûts et à améliorer sa productivité. Les établissements dont les coûts

---

<sup>1</sup> Zeynep Or, Thomas Renaud. (2009). Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères. Document de travail n° 23. IRDES. <https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT23PrincipEnjeuxTarificActiviteHopital.pdf>

<sup>2</sup> Idem

dépassent les tarifs sont incités à réduire leurs dépenses, ce qui contribue à une meilleure maîtrise globale des dépenses de santé.

✓ **Faciliter la régulation budgétaire et la planification**

Les tarifs servent d'outil de régulation des dépenses publiques de santé. En ajustant les tarifs, les autorités peuvent contenir les coûts hospitaliers et orienter les pratiques médicales. La tarification permet aussi une meilleure planification des ressources financières et une gestion plus rigoureuse des établissements.

✓ **Favoriser la standardisation et la rationalisation des soins**

La tarification basée sur des prestations standardisées (groupes homogènes de malades, forfaits par épisode de soins) encourage une prise en charge plus rationnelle et évite la sur-prescription ou la sur-médicalisation liée à la tarification à l'acte. Cela contribue à une meilleure qualité et pertinence des soins<sup>1</sup>.

✓ **Soutenir la mise en place d'une couverture maladie universelle (CMU)**

Un système de tarification transparent, standardisé et prévisible est indispensable pour organiser une assurance maladie nationale ou universelle. Il facilite la contractualisation entre payeurs et prestataires, assure la prévisibilité des ressources et protège les patients contre les abus tarifaires.

Ces objectifs, bien que souvent affichés, doivent être constamment ajustés pour éviter des effets pervers tels que la réduction excessive de la qualité des soins ou des inégalités non prises en compte dans les classifications tarifaires.

## **2. Les modèles de tarification**

La tarification des soins n'est pas uniforme. Elle varie selon les objectifs de chaque système de santé (efficience, équité, contrôle des dépenses). Il existe plusieurs modèles de tarification, qu'on peut classer selon le mode de rémunération des prestataires de soins ou la logique financière adoptée.

---

<sup>1</sup> Enabel. (2022). Rôle de la tarification des prestations de soins dans l'organisation d'une PSS/AMU. Fiche technique n°01. [https://www.enabel.be/app/uploads/2022/11/Fiche\\_1\\_ProSoc\\_FR\\_Web.pdf](https://www.enabel.be/app/uploads/2022/11/Fiche_1_ProSoc_FR_Web.pdf)

## 2.1. Tarification à l'acte (Fee-for-Service)

Le professionnel ou l'établissement de santé est rémunéré pour chaque acte médical réalisé (consultation, injection, radio, chirurgie, etc.). Chaque acte médical ou paramédical est facturé individuellement. Il encourage la productivité (plus on travaille, plus on gagne) et offre une certaine souplesse pour les praticiens. Cependant, il présente une difficulté de contrôle, une inflation des coûts, peu incitatif à la prévention ou à la coordination et il peut engendrer un risque de surconsommation d'actes (actes inutiles).

Exemple : En Algérie ou en France : une consultation ou une radiographie est tarifée séparément.

## 2.2. Tarification à l'activité (T2A) ou par cas

Le financement des établissements est basé sur la mesure de leur activité réelle, classée en groupes homogènes de malades (GHM) France ou groupes homogènes de séjours (GHS) ou encore Diagnosis-Related Groups (DRG) aux USA et en Allemagne. Chaque patient est classé dans un groupe homogène (par exemple : appendicite, infarctus, accouchement), et l'hôpital est rémunéré par groupe selon un tarif prédéfini. Chaque groupe correspond à un tarif forfaitaire censé refléter le coût moyen d'un épisode de soins<sup>1</sup>. Cette tarification présente les caractéristiques suivantes :

- ✓ Le tarif est fixé annuellement par les autorités sanitaires ;
- ✓ Intègre la durée de séjour, la complexité et les ressources consommées ;
- ✓ Favorise la transparence, la régulation budgétaire et l'efficacité.

Cette tarification peut encourager l'efficacité hospitalière, Permet des comparaisons entre établissements et Réduit les écarts de traitement entre patients similaires. Cependant, elle peut ne pas refléter précisément les coûts individuels et nécessite un codage précis et une mise à jour régulière. Elle peut aussi inciter à sélectionner les cas les moins lourds (cream skinning) et à sous-valoriser des soins complexes ou longs.

**Exemple :** France : système de T2A (tarification à l'activité) dans les hôpitaux.

---

<sup>1</sup> [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rappel\\_des\\_enjeux\\_des\\_modalites\\_des\\_schemas\\_cibles\\_et\\_transitoires.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rappel_des_enjeux_des_modalites_des_schemas_cibles_et_transitoires.pdf)

### 2.3. Tarification forfaitaire par épisode de soins ou pathologie

Un forfait global est versé pour une prise en charge complète d'une pathologie ou d'un épisode (ex. suivi de grossesse, hospitalisation complète)<sup>1</sup>. Le prestataire est rémunéré sur une base fixe, indépendamment du nombre exact d'actes réalisés. Ce forfait peut être :

- ✓ Par patient (capitation),
- ✓ Par pathologie (forfait diabète, maternité),
- ✓ Par séjour ou par jour (forfait journalier hospitalier).

Ce modèle de tarification simplifie la facturation, limite la sur-prescription liée à la tarification à l'acte et encourage la standardisation des soins. Il encourage également la prévention et permet un meilleur contrôle des coûts tout en réduisant les actes inutiles.

Cependant, le risque principal est l'apparition d'effets pervers comme la sélection des patients ou la réduction excessive de la qualité. Mais aussi, il présente un Risque de sous-traitement (faire le minimum pour rester rentable) et une difficulté d'ajustement selon la gravité des cas.

**Exemple :** En Algérie, le forfait accouchement dans les hôpitaux publics. Dans certains pays le médecin de famille payé à la capitation (ex : Royaume-Uni).

### 2.4. Budget global (budget global ou enveloppe fermée)

L'établissement reçoit une enveloppe budgétaire fermée, fixée prospectivement, souvent basée sur les budgets antérieurs. Un établissement ou une région reçoit une somme fixe annuelle pour fournir un ensemble de soins.

Ce modèle favorise un contrôle budgétaire strict et incite à organiser les soins de façon efficace. Cependant, il peut générer des rigidités, un sous-financement, et il ne tient pas compte de la variation d'activité, ce qui entraîne une rigidité en cas d'épidémie ou d'augmentation de la demande et en peut causer une pénurie de moyens.

**Exemple :** Certains hôpitaux publics en Algérie ou au Maroc fonctionnent avec un budget global alloué par l'État.

### 2.5. Paiement à la performance (P4P – Pay for Performance)

Les professionnels ou établissements sont rémunérés en partie selon leurs résultats (qualité des soins, respect des protocoles, satisfaction des patients, etc.).

---

<sup>1</sup> Enabel. (2022). Op, cit.

Ce modèle incite à la qualité, à la pertinence, et à la continuité des soins. Il est aussi capable de réduire les erreurs médicales. Cependant, il est difficile d'évaluer objectivement et présente le risque de travailler pour les indicateurs au lieu du patient et il nécessite des systèmes de données fiables.

**Exemple :** Royaume-Uni : Quality and Outcomes Framework (QOF). Certains programmes en Algérie pour la vaccination ou pour la lutte contre la tuberculose.

## 2.6. Prix de journée

A Travers ce modèle, L'hôpital est rémunéré en fonction du nombre de journées d'hospitalisation, indépendamment des actes réalisés. Certes, simple à appliquer mais il incite à l'allongement des séjours et à la maximisation du taux d'occupation.

## 2.7. Modèle multiplicatif pour Hospitalisation à Domicile (HAD)

Le coût journalier est calculé en multipliant un coût médical de base par plusieurs coefficients liés au protocole de soins, dépendance du patient, durée, etc. Il permet une tarification fine et adaptée aux spécificités du patient mais il présente une complexité de calcul et nécessité de données précises.

**Tableau N°01 : Synthèse récapitulatif des modèles de tarification**

<b>Modèle</b>	<b>Logique</b>	<b>Avantages</b>	<b>Risques</b>
<b>À l'acte</b>	Volume d'actes	Productivité	Surconsommation
<b>Au forfait</b>	Fixe par patient/séjour	Maîtrise des coûts	Sous-traitement
<b>Par pathologie (DRG)</b>	Paiement par cas	Efficience hospitalière	Sélection des patients
<b>À la performance</b>	Paiement par résultats	Amélioration qualité	Complexité des indicateurs
<b>Budget global</b>	Allocation annuelle	Contrôle des dépenses	Manque de flexibilité
<b>Prix de journée</b>	Paiement selon nombre de journées d'hospitalisation	Simplicité	Incitation à l'allongement des séjours
<b>Modèle multiplicatif HAD</b>	Coût journalier pondéré par coefficients	Adapté aux spécificités des patients	Complexité, données nécessaires

Source : Selon nos lectures

Ces modèles sont souvent combinés ou adaptés selon le contexte national, le type d'établissement, et les objectifs de politique sanitaire. La tendance mondiale est à la réduction

de la tarification à l'acte au profit de modèles forfaitaires ou à l'activité, favorisant la maîtrise des coûts, la qualité des soins et l'équité d'accès.

### **3. Les catégories de prestations tarifées**

Les catégories de prestations tarifées dans les services de santé couvrent un large éventail de soins et d'actes, organisés selon les types d'hospitalisation, les spécialités médicales et les modalités de prise en charge. En Algérie, les catégories de prestations tarifées dans le système de santé s'organisent principalement autour des couvertures assurées par la sécurité sociale et les services publics, avec des distinctions selon les types de soins et les bénéficiaires.

#### **3.1. Prestations couvertes par la sécurité sociale (CNAS)**

Ces prestations sont principalement des :

- Des soins médicaux et hospitaliers qui regroupent :
  - ✓ Consultations médicales (généralistes et spécialistes) ;
  - ✓ Hospitalisation (maternité, médecine, chirurgie) ;
  - ✓ Soins ambulatoires ;
  - ✓ Soins dentaire ;
  - ✓ Examens complémentaires (radiologie, analyses médicales).
- Produits pharmaceutiques : prise en charge des médicaments conventionnés avec système de tiers payant ;
- Soins liés à la maternité : frais de grossesse, accouchement et suites, remboursés à 100 % dans la limite des tarifs réglementés ;
- Appareillage et prothèses : soumis à accord préalable pour les appareillages importants ;
- Indemnités journalières : pour maladie, maternité, invalidité selon conditions d'affiliation ;
- Prise en charge des maladies chroniques : remboursement à 100 % pour les patients atteints de maladies chroniques ou à faibles revenus.

#### **3.2. Catégories tarifaires selon la situation des patients**

Ces catégories représentent :

- Assurés sociaux et ayants droit : bénéficient d'une prise en charge partielle (80 %) ou totale (100 %) selon le type de prestation et la situation (ex. maladie chronique, maternité) ;
- Personnes démunies non assurées : bénéficient d'une prise en charge spécifique, souvent à 100 %, notamment dans le cadre des programmes sociaux ;

- Étrangers et non-assurés : depuis 2023, tarifs spécifiques appliqués dans les établissements publics (consultations, hospitalisations, actes spécialisés), avec facturation directe.

### 3.3.Types d'établissements et prestations associées

Ces établissements et prestations regroupent :

- Établissements publics de santé : hôpitaux, maternités, centres hospitalo-universitaires (CHU), établissements hospitaliers spécialisés (EHS), établissements publics de santé de proximité (EPSP) ;
- Soins de proximité : polycliniques, salles de soins, cabinets médicaux, centres de santé intégrés ;
- Services extrahospitaliers : soins à domicile, consultations en cabinet privé ou public.

### 3.4. Prestations spécifiques et programmes régionaux

Ces prestations et programmes sont principalement :

- Programmes régionaux et locaux de protection de santé : ciblent des besoins spécifiques selon les wilayas ou communes, avec des prestations adaptées aux priorités sanitaires locales (ex. vaccination, prise en charge des maladies endémiques) ;
- Soins liés aux accidents du travail et maladies professionnelles : pris en charge par des caisses spécifiques relevant de la sécurité sociale.

**Tableau N°02 : Synthèse des catégories tarifées en Algérie**

<b>Catégorie principale</b>	<b>Description</b>
<b>Soins médicaux et hospitaliers</b>	Consultations, hospitalisations, maternité, chirurgie, soins ambulatoires
<b>Produits pharmaceutiques</b>	Médicaments conventionnés avec tiers payant
<b>Appareillages et prothèses</b>	Prothèses, appareillages soumis à accord préalable
<b>Maternité</b>	Soins liés à la grossesse, accouchement, suites, indemnisations
<b>Maladies chroniques</b>	Prise en charge à 100 % des soins et médicaments
<b>Prestations pour assurés sociaux</b>	Remboursement partiel ou total selon situation
<b>Prestations pour démunis non assurés</b>	Prise en charge spécifique et gratuite

Catégorie principale	Description
Tarifification pour étrangers	Tarifs spécifiques appliqués depuis 2023
Programmes régionaux et locaux	Prestations adaptées aux besoins sanitaires spécifiques des populations locales
Accidents du travail et maladies professionnelles	Prise en charge par caisses dédiées

Source : Selon nos lectures

Cette organisation reflète un système où la majorité des prestations sont financées par la sécurité sociale et l'État, avec une tarification réglementée visant à garantir l'accès aux soins tout en maîtrisant les dépenses. Les évolutions récentes, notamment la tarification des soins pour les étrangers, témoignent d'une adaptation progressive aux réalités économiques et sociales.

#### 4. Les modèles de calculs de la tarification

Il existe plusieurs modèles de calcul utilisés pour la tarification des services de santé, fondé sur les méthodes et outils reconnus dans le domaine.

##### 4.1. Modèle de calcul « de bas en haut » (Bottom-up costing)

Ce modèle consiste à calculer les coûts en partant des ressources utilisées pour chaque service ou activité, puis en les multipliant par la quantité de services rendus.

Pour l'appliquer, il est nécessaire d'identifier toutes les ressources consommées (personnel, médicaments, matériel, infrastructures, etc.) pour une prestation donnée. Ensuite, calculer le coût unitaire par type de ressource, puis multiplier par le volume d'activité.

**Exemple d'outil :** L'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires (SSC) développé par l'UNICEF utilise ce modèle. Il calcule les coûts par service, par type de ressource, puis agrège ces coûts pour obtenir le coût total du programme, incluant aussi les coûts indirects comme la supervision et la formation<sup>1</sup>.

Ce modèle présente une grande précision et permet d'identifier les postes de coûts majeurs. Cependant, il nécessite des données détaillées et un travail important de collecte.

##### 4.2. Méthode ABC (Activity-Based Costing)

<sup>1</sup> Manuel de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires 2.0 : Aider les responsables à développer des services de santé communautaire efficaces, pérennes, et complets. © Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), New York, 2020. <https://www.unicef.org/media/68511/file/Community-Health-Planning-and-Costing-Tool-Handbook-FR.pdf>

Cette méthode se base sur la description détaillée des processus et activités pour affecter les coûts aux activités spécifiques consommant des ressources. Elle mesure précisément les coûts liés aux ressources utilisées par chaque étape du processus de soin.

Elle est particulièrement adaptée pour évaluer le coût de processus complexes ou spécifiques, par exemple une analyse de biologie rare ou un acte technique très spécialisé<sup>1</sup>.

Cette méthode donne une précision élevée, une bonne visibilité sur les coûts par activité mais elle est coûteuse et longue à mettre en œuvre à grande échelle, elle est adaptée surtout pour des analyses ciblées.

#### **4.3. Modèle de tarification à l'activité (T2A)**

La tarification à l'activité repose sur la classification des séjours hospitaliers en groupes homogènes de malades (GHM) ou groupes homogènes de séjours (GHS). Chaque groupe est associé à un tarif forfaitaire qui reflète le coût moyen de prise en charge.

Le coût est estimé par séjour ou par épisode de soins, pondéré par des coefficients liés à la complexité, la durée, et d'autres facteurs (ex. degré de dépendance du patient).

Ce modèle favorise l'efficacité, la transparence, et la régulation budgétaire mais il peut ne pas refléter parfaitement les coûts réels individuels et nécessite un codage précis avec une mise à jour régulière des tarifs.

**Exemple :** En France, la T2A est le principal mode de financement des établissements de santé depuis 2004. Elle permet de financer les établissements en fonction de leur activité réelle mesurée par les GHM<sup>2</sup>.

#### **4.4. Modèle de coûts variables (coûts partiels)**

Cette méthode distingue les charges fixes, variables et mixtes en fonction du niveau d'activité. Elle se concentre sur les coûts variables directement liés à la production des soins.

Elle est utile pour la prise de décision à court terme, notamment pour analyser l'impact d'une augmentation ou diminution d'activité sur les coûts. Elle aussi simple à mettre en œuvre, utile pour la gestion opérationnelle. Néanmoins, elle ne prend pas en compte les coûts fixes, donc moins pertinent pour le calcul global des coûts.

---

<sup>1</sup>Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière. Bulletin officiel No 2011/9 bis Fascicule spécial. Édition 2012. Paris. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_cah\\_\\_bos\\_2011-5.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_cah__bos_2011-5.pdf)

<sup>2</sup> <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes69.pdf>

#### 4.5. Modèle multiplicatif pour tarification en HAD (Hospitalisation à Domicile)

Ce modèle calcule un coût total journalier (CTJ) en multipliant un coût médical de base journalier (CMBJ) par plusieurs coefficients reflétant la coordination médico-sociale, le protocole principal et associé, le degré de dépendance du patient, et la durée de séjour.

Ce modèle se définit par la formule-type suivante :

$$CTJ = 1,43 \times CMBJ \times coefPP \times coefPA \times coefDe'p \times coefDSj$$

Où 1,43 est un coefficient fixe pour les coûts de coordination et fonctionnement, et les autres coefficients varient selon les caractéristiques du patient et du protocole<sup>1</sup>.

Ce modèle permet une tarification fine et adaptée aux spécificités du patient. Mais il incarne une complexité dans la détermination des coefficients.

#### 4.6. Outils informatisés et tableurs

Des outils comme CORE Plus (développé par Management Sciences for Health) permettent de réaliser des calculs de coûts « de bas en haut » en ventilant les coûts par type d'intervention, ressources utilisées, et en comparant coûts standardisés et coûts réels<sup>2</sup>.

Ces outils facilitent la simulation, la planification financière et la projection des coûts sur plusieurs années.

**Tableau N° 03 : Synthèse comparative des modèles de calcul**

Modèle / Méthode	Principe clé	Usage principal	Avantages	Limites
<b>Bas en haut (Bottom-up costing)</b>	Coût des ressources multiplié par volume	Calcul précis des coûts par service	Précision, détail	Données lourdes à collecter
<b>ABC (Activity-Based Costing)</b>	Coût par activité/processus	Analyse coûts complexes	Grande précision	Complexe, coûteux
<b>Tarification à l'activité (T2A)</b>	Forfait par groupe homogène de malades	Financement hospitalier	Transparence, régulation	Peut ne pas refléter coûts réels
<b>Coûts variables</b>	Distinction coûts fixes/variables	Gestion opérationnelle	Simple, utile à court terme	Ne couvre pas tous les coûts

<sup>1</sup> Irdes, op. cit.

<sup>2</sup> <https://msh.org/fr/resources/cost-revenue-analysis-tool-plus/>

<b>Modèle / Méthode</b>	<b>Principe clé</b>	<b>Usage principal</b>	<b>Avantages</b>	<b>Limites</b>
<b>Modèle multiplicatif HAD</b>	Coût journalier pondéré par coefficients	Hospitalisation à domicile	Adapté aux profils patients	Complexité des coefficients

**Source :** Selon nos lectures

Ces modèles de calcul sont complémentaires et souvent combinés selon les besoins spécifiques des établissements de santé et des systèmes de financement. Leur choix dépend du contexte, des objectifs (pilotage, tarification, gestion) et des données disponibles.

## **Conclusion**

La tarification des services de santé est un instrument puissant de politique publique. Elle doit concilier des impératifs économiques, sociaux, cliniques et éthiques. Sa complexité nécessite une évaluation constante pour s'adapter aux enjeux contemporains : vieillissement de la population, innovation médicale, inégalités de santé...

La tarification des services de santé en Algérie s'inscrit dans un contexte marqué par une tradition forte de gratuité et de prise en charge publique, visant à garantir un accès universel aux soins pour l'ensemble des résidents assurés sociaux. Ce modèle, financé majoritairement par l'État et la sécurité sociale, a permis de développer un système de santé accessible, mais il fait face aujourd'hui à des défis majeurs liés à l'évolution démographique, à l'augmentation des maladies chroniques, et à la pression croissante sur les ressources financières.

## **Chapitre 6 : Rendement économique des services de santé**

### **Introduction**

Le rendement économique des services de santé se réfère à l'efficience avec laquelle les ressources investies dans le système de santé produisent des résultats en termes de santé pour la population. Ce concept est central en économie de la santé, qui analyse la production, la distribution et la consommation des soins médicaux en tenant compte des contraintes budgétaires et des objectifs d'amélioration de la santé.

### **1. Le rendement économique en santé**

Le rendement économique en santé est un concept avec ses principes et ses objectifs. Il est essentiel pour évaluer l'efficacité avec laquelle les ressources sont utilisées pour améliorer la santé des populations.

#### **1.1. Définition du concept**

Le rendement économique des services de santé désigne la relation entre les ressources consommées (inputs) et les résultats obtenus (outputs) dans la prestation de soins. Il s'agit de mesurer dans quelle mesure les services de santé utilisent efficacement les ressources pour améliorer la santé des populations.

Le rendement économique en santé mesure la relation entre les coûts engagés (ressources financières, humaines, matérielles) et les effets obtenus (amélioration de l'état de santé, qualité et quantité de vie). L'objectif est d'optimiser l'utilisation de ressources rares pour maximiser les bénéfices sanitaires, tout en contrôlant les dépenses.

#### **1.2. Objectifs du rendement économique en santé**

Les objectifs du rendement économique en santé sont centrés sur l'optimisation de l'utilisation des ressources limitées pour maximiser les bénéfices en matière de santé. Plus précisément, ils visent à :

- Optimiser l'allocation des ressources rares dans un contexte où les mécanismes classiques du marché ne fonctionnent pas bien, afin de garantir que les fonds disponibles produisent le maximum de résultats sanitaires possibles<sup>1</sup>.
- Fournir une base rationnelle aux décisions de santé publique et aux choix d'intervention, en évaluant les coûts et les effets des différentes stratégies pour orienter les priorités en fonction de leur efficacité économique<sup>2</sup>.
- Permettre la comparaison entre interventions et technologies de santé via des outils comme le ratio coût-efficacité, afin d'identifier celles qui offrent le meilleur rapport coût/bénéfice et d'éviter le gaspillage des ressources.
- Contribuer à la régulation des prix et à la maîtrise des dépenses de santé, en éclairant les pouvoirs publics sur la valeur ajoutée des innovations médicales par rapport à leur coût, dans un contexte où les prix ne sont pas fixés par le marché classique<sup>3</sup>.
- Aider à définir des seuils de référence pour l'acceptabilité des coûts en fonction des résultats attendus, facilitant ainsi la prise de décision dans un cadre budgétaire contraint.
- Améliorer la productivité et la valeur du système de santé, en maximisant la santé obtenue pour chaque unité de ressource consommée, ce qui peut passer par un investissement accru dans la prévention rentable ou par une meilleure gestion des interventions coûteuses.

En somme, le rendement économique en santé vise à assurer que les ressources investies dans les services de santé produisent le maximum de bénéfices sanitaires possibles, en aidant les décideurs à faire des choix éclairés, rationnels et éthiques dans un contexte de contraintes budgétaires et de besoins croissants.

### 1.3.Types de rendement

Les types de rendement économique en santé se déclinent principalement selon les méthodes d'évaluation économique utilisées pour mesurer la relation entre les coûts engagés et les résultats obtenus.

---

<sup>1</sup> Aidelf. 1998. Morbidité, Mortalité : problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective - Actes du colloque de Sinaia, septembre 1996, Association internationale des démographes de langue française, ISBN : 2-9509356-2-1, 737 pages.

<sup>2</sup> [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide\\_methodo\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodo_vf.pdf)

<sup>3</sup> Bruno Detournay. (30/5/2014). L'évaluation économique dans le champ de la santé. Med Sci (Paris), 584-587  
DOI: <https://doi.org/10.1051/medsci/20143005023>

- **Rendement technique** : Capacité à produire le maximum de services avec une quantité donnée d'intrants (médecins, infirmiers, équipements, médicaments...). Mobilise des indicateurs : Taux d'occupation des lits, productivité des médecins, délai d'attente...
- **Rendement allocatif** : Capacité à allouer les ressources aux services les plus bénéfiques pour la population. Exemple : Faut-il investir davantage dans la prévention du diabète ou dans les soins intensifs ?
- **Rendement économique (efficience économique)** : Combinaison optimale entre rendement technique et allocatif. Son but est de maximiser le bien-être de la population pour chaque unité monétaire dépensée.

## 2. L'évaluation économique en santé

Pour comprendre l'évaluation économique, nous devons au préalable la définir, donner ses caractéristiques et ses objectifs.

### 2.1. Définition du concept

L'évaluation économique vise à optimiser l'allocation des ressources rares dans les domaines, comme celui de la santé, où les mécanismes du marché échouent à assurer les arbitrages fondamentaux.

L'évaluation économique en santé consiste à comparer plusieurs options d'intervention en fonction de leurs coûts et de leurs résultats en matière de santé. Elle aide à déterminer la manière la plus efficace d'utiliser les ressources limitées pour maximiser les bénéfices en santé.

Dans le domaine de la santé publique, l'évaluation économique sert à analyser la façon dont des ressources ont été affectées et dont elles peuvent engendrer un maximum de résultats en matière de santé avec une quantité fixe de ressources<sup>1</sup>.

Appliquée aux programmes de santé publique, l'évaluation économique porte sur :

- La quantité de ressources utilisées par un programme ou une intervention ;
- Le niveau correspondant de résultats de santé pouvant être attribués au programme ou à l'intervention.

---

<sup>1</sup><https://www.globalhealthlearning.org/sites/default/files/Principes%20de%20base%20de%201%E2%80%99%C3%A9valuation%20%C3%A9conomique.pdf>

L'évaluation économique a pour objectifs:

- Maximiser les Résultats : Chercher à obtenir le meilleur rapport coût-efficacité pour un niveau donné de ressources.
- Aider à la Décision : Fournir des informations aux décideurs pour qu'ils puissent évaluer si le coût d'une intervention est justifié par les bénéfices qu'elle apporte

L'évaluation économique en santé est une analyse comparative des options d'intervention, prenant en compte à la fois les coûts associés et les conséquences en matière de santé. Son objectif principal est d'identifier la manière la plus efficace d'utiliser les ressources limitées afin d'optimiser les résultats de santé.

C'est une : « Analyse comparative de plusieurs options possibles, sur la base de leurs coûts comme de leurs conséquences ».

## 2.2. Caractéristiques de l'évaluation économique en santé

L'évaluation économique en santé est un processus analytique qui vise à comparer différentes interventions de santé en termes de coûts et de résultats. Voici ces principales caractéristiques :

- **Analyse comparative :**

L'évaluation économique compare plusieurs options d'intervention, en tenant compte à la fois des coûts engagés et des résultats obtenus en matière de santé.

- **Mesure des Coûts et Résultats :**

Elle relève les ressources mobilisées (coûts) aux effets ou bénéfices en santé, permettant ainsi d'évaluer l'efficacité des interventions. Les coûts peuvent inclure les dépenses directes, indirectes et intangibles liées aux soins.

- **Méthodes diversifiées :**

Il existe différentes méthodes d'évaluation qui traduisent différentes formes de rendement. Les principales méthodes d'évaluation incluent : Analyse Coût-Efficacité (ACE), Analyse- Coût-Utilité (ACU), Analyse Coût-Bénéfice (ACB).

- **Contexte Décisionnel**

L'interprétation des résultats d'une évaluation économique dépend du contexte dans lequel elle est réalisée, y compris les priorités politiques et les contraintes budgétaires.

- **Importance pour le Financement**

Elle joue un rôle crucial dans la régulation des prix et l'allocation des budgets dans le secteur de la santé, influençant ainsi la prise en charge collective des traitements fréquents.

**Deux caractéristiques clés à retenir:**

- Etudie les choix/options qui s'offrent aux acteurs ;
- Permet de lier les ressources mobilisées (ou coûts) et les effets/bénéfices de santé.

### **2.3.Objectifs de l'évaluation économique en santé**

L'évaluation économique en santé a plusieurs objectifs clés qui visent à optimiser l'utilisation des ressources dans le système de santé.

- **Maximiser l'efficacité**

L'un des objectifs fondamentaux est de maximiser les résultats de santé pour un niveau donné de ressources. Cela implique de choisir les interventions qui offrent le meilleur rapport coût-efficacité, permettant ainsi d'obtenir le maximum de bénéfices pour chaque euro dépensé.

- **Aide à la prise de décision**

L'évaluation économique fournit des informations essentielles aux décideurs politiques et aux gestionnaires de la santé, leur permettant de prendre des décisions éclairées sur l'allocation des ressources et la mise en œuvre des programmes de santé.

- **Comparer les interventions :**

Elle permet de comparer différentes options d'intervention en termes de coûts et d'effets sur la santé, facilitant ainsi le choix entre plusieurs traitements ou programmes.

- **Justifier les Investissements :**

En fournissant une analyse détaillée des coûts et des bénéfices, l'évaluation économique aide à justifier les investissements dans certaines interventions ou technologies, en démontrant leur valeur ajoutée par rapport aux alternatives disponibles.

- **Optimiser les ressources :**

L'évaluation vise à utiliser au mieux les ressources limitées dans le secteur de la santé, en identifiant les interventions qui peuvent produire des résultats significatifs sans dépasser le budget disponible

- **Éclairer la politique de santé :**

Elle contribue à orienter les priorités en matière de santé publique et à réguler les prix des produits et services de santé, en fournissant une base factuelle pour les décisions politiques.

- **Évaluateur de l'impact budgétaire :**

L'évaluation économique inclut souvent une analyse d'impact budgétaire pour anticiper les conséquences financières des nouvelles interventions sur le budget de l'assurance maladie, garantissant ainsi la viabilité du système de santé à long terme.

Ces objectifs démontrent que l'évaluation économique en santé est un outil essentiel pour garantir que les décisions prises dans le domaine de la santé soient justifiées, rationnelles et orientées vers l'amélioration des résultats sanitaires tout en respectant les contraintes budgétaires.

### **3. Méthodes d'évaluation de l'efficience**

Le rendement économique est lié à la notion d'efficience, qui est la capacité à produire le maximum de résultats avec les ressources disponibles. En santé, cela implique :

- ✓ **Efficacité technique** : produire un maximum de soins avec un minimum de ressources.
- ✓ **Efficacité allocative** : orienter les ressources vers les interventions qui apportent le plus grand bénéfice en santé

Les méthodes d'évaluation du rendement économique en santé consistent à analyser et comparer les coûts et les résultats des interventions sanitaires afin de déterminer leur efficience. Voici les principales méthodes utilisées, telles que recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS) et les experts en économie de la santé.

#### **3.1. Analyse des coûts**

Évaluation partielle qui consiste à identifier et mesurer les ressources consommées (coûts) sans prendre en compte les résultats sanitaires.

Utile pour estimer le fardeau économique d'une maladie ou le coût d'une intervention, mais ne permet pas de comparer l'efficacité relative des options

#### **3.2. Minimisation des coûts**

Applicable lorsque les interventions comparées ont des résultats équivalents en termes de santé. L'objectif est de choisir l'option la moins coûteuse, sans évaluer les effets sanitaires.

### **3.3. Analyse coût-efficacité (ACE)**

Elle consiste à comparer les coûts des interventions en relation avec un critère de résultat sanitaire commun et unidimensionnel (ex. années de vie gagnées, nombre de cas évités).

Le rendement est exprimé par un ratio coût-efficacité incrémental (ICER), qui représente le coût supplémentaire pour obtenir une unité supplémentaire de résultat. Elle permet de comparer différentes stratégies ayant le même type d'effet sanitaire<sup>1</sup>.

### **3.4. Analyse coût-utilité (ACU)**

Cette méthode est une variante de l'ACE qui intègre la qualité de vie en plus de la quantité de vie. Utilise des indicateurs composites comme les QALY (Quality-Adjusted Life Years) ou les DALY (Disability-Adjusted Life Years). Elle permet de comparer des interventions avec des impacts variés sur la durée et la qualité de vie, offrant une mesure plus globale du rendement économique.

### **3.5. Analyse coût-bénéfice (ACB)**

Elle traduit les résultats sanitaires en valeur monétaire, permettant de comparer directement coûts et bénéfices dans la même unité. Elle permet de déterminer si une intervention est rentable (bénéfices  $\geq$  coûts) et de classer les interventions selon leur rentabilité économique. Cette méthode soulève des questions éthiques et méthodologiques liées à la valorisation monétaire de la santé.

### **3.6. Autres approches complémentaires**

D'autres approches peuvent être citées, à l'exemple de :

- Analyse du fardeau de la maladie : mesure les coûts directs et indirects liés à une maladie pour estimer son impact économique global.
- Impact budgétaire : évalue les conséquences financières d'une intervention sur le budget d'un système de santé à court ou moyen terme.
- Retour sur investissement : analyse la récupération des coûts sur une période plus longue en tenant compte des économies générées par l'intervention.

Enfin, les méthodes d'évaluation du rendement économique en santé vont de l'analyse simple des coûts à des analyses complètes intégrant la qualité de vie et la valorisation monétaire des résultats. Elles permettent d'éclairer les décisions en santé publique et d'optimiser l'allocation des ressources dans un contexte de contraintes budgétaires.

---

<sup>1</sup> [https://rees-france.com/wp-content/uploads/2016/09/2011-Choix\\_methodologique-pour-levaluation-economique.pdf](https://rees-france.com/wp-content/uploads/2016/09/2011-Choix_methodologique-pour-levaluation-economique.pdf)

#### **4. Importance du rendement économique dans la gestion des systèmes de santé**

Face à l'augmentation constante des dépenses de santé et aux ressources limitées, le rendement économique guide les décisions de financement, d'allocation des ressources et d'adoption de nouvelles technologies médicales. Il aide à prioriser les interventions les plus efficaces, à contrôler les coûts tout en améliorant la qualité des soins et à évaluer les politiques de santé et les réformes.

L'importance du rendement économique dans la gestion des systèmes de santé est donc cruciale pour plusieurs raisons :

- **Optimisation des ressources limitées**

Le rendement économique permet de maximiser les résultats sanitaires avec les ressources disponibles, ce qui est essentiel dans un contexte où les budgets sont limités et les besoins en santé croissants<sup>1</sup>.

- **Priorisation des interventions**

En évaluant le coût-efficacité des interventions, les décideurs peuvent prioriser celles qui offrent le meilleur rapport coût-bénéfice, garantissant ainsi une utilisation efficace des ressources.

- **Contrôle des coûts**

Le rendement économique aide à contrôler les dépenses de santé en identifiant les interventions les plus rentables, ce qui est crucial pour maintenir la durabilité financière des systèmes de santé<sup>2</sup>.

- **Amélioration de la productivité économique**

Une population en bonne santé contribue à la productivité économique globale d'un pays. Les investissements dans les soins de santé peuvent donc avoir un impact positif sur la croissance économique.

---

<sup>1</sup> Bouzit .A, Idalfahim .M, Liouaeddine .M & Elouardirhi .S (2024) « L'Économie de la Santé : Enjeux et Perspectives. », African Scientific Journal « Volume 03, Numéro 27 » pp: 0268 – 0282.

<sup>2</sup> Raimondeau, J. (2021). Chapitre 4. Économie de la santé et système de santé. L'épreuve de santé publique (p. 79-108). Presses de l'EHESP. <https://stm.cairn.info/1-epreuve-de-sante-publique--9782810909452-page-79?lang=fr>.

### - **Équité et accès aux soins**

En évaluant le rendement économique, on peut également aborder les questions d'équité et d'accès aux soins, en veillant à ce que les ressources soient allouées de manière à réduire les inégalités sanitaires<sup>1</sup>.

### - **Influence sur les politiques publiques**

Le rendement économique guide les politiques publiques en matière de santé, en aidant à définir des priorités et à allouer efficacement les ressources pour répondre aux besoins de santé publique.

Ainsi, le rendement économique est essentiel pour assurer une gestion efficace des systèmes de santé, en optimisant l'utilisation des ressources, en contrôlant les coûts, et en améliorant la productivité économique tout en promouvant l'équité et l'accès aux soins.

### **Conclusion**

Finalement, le rendement économique des services de santé est un élément crucial dans la gestion des systèmes de santé modernes. Il permet d'optimiser l'utilisation des ressources limitées pour maximiser les résultats sanitaires, tout en contrôlant les coûts et en promouvant l'équité dans l'accès aux soins. Les différentes méthodes d'évaluation économique, telles que l'analyse coût-efficacité et coût-utilité, offrent des outils précieux pour guider les décisions politiques et cliniques.

Le rendement économique est essentiel pour assurer la durabilité financière des systèmes de santé, améliorer la productivité économique globale, et répondre aux besoins croissants en matière de santé publique. En intégrant ces considérations économiques dans la planification sanitaire, les décideurs peuvent prioriser les interventions les plus rentables, réduire les inégalités sanitaires, et garantir que les ressources sont allouées de manière à produire le maximum de bénéfices pour la santé des populations.

Dans un contexte où les défis sanitaires sont de plus en plus complexes et les budgets souvent contraints, l'accent mis sur le rendement économique devient une nécessité pour assurer que les systèmes de santé soient à la fois efficaces et durables à long terme.

---

<sup>1</sup> Chambaretaud, S. et Hartmann, L. (2004). Économie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles. Revue de l'OFCE, no 91(4), 235-268. <https://doi.org/10.3917/reof.091.0235>.

## **Chapitre 7 : Coûts des soins et de l'assurance maladie**

### **Introduction**

La santé constitue un enjeu majeur pour les individus et les sociétés. Garantir l'accès à des soins de qualité tout en maîtrisant les dépenses représente un défi constant pour les systèmes de santé à travers le monde. Les coûts liés aux soins médicaux et à l'assurance maladie sont au cœur de cette problématique. Ils déterminent non seulement la viabilité financière des établissements de santé, mais aussi la capacité des populations à accéder aux services nécessaires sans subir de difficultés économiques.

L'analyse des coûts des soins et de l'assurance maladie permet de comprendre la structure des dépenses, d'identifier les facteurs qui influencent leur évolution, et d'élaborer des stratégies efficaces pour optimiser l'utilisation des ressources. Ce cours présente les différentes catégories de coûts, les mécanismes de tarification, les méthodes d'évaluation économique, ainsi que les enjeux liés à la gestion financière des soins et des assurances.

### **1. Comprendre les coûts**

Les coûts en santé dépenses englobent toutes les nécessaires à la production de services de santé, y compris les médicaments, les infrastructures sanitaires.

Les coûts des soins de santé représentent l'ensemble des ressources financières mobilisées pour fournir des services médicaux, qu'il s'agisse de prévention, de diagnostic, de traitement ou de réhabilitation. Ces coûts sont supportés par différents acteurs : patients, systèmes d'assurance maladie, établissements de santé et pouvoirs publics.

#### **1.1. Définition des coûts en santé**

Les coûts sont les différentes valeurs des ressources utilisées pour produire un bien ou un service. Le succès de la création de toute évaluation économique exige la création d'un inventaire exhaustif des coûts.

Les coûts peuvent être attribués à la mise en œuvre d'un programme (action) ainsi qu'à l'absence de mise en œuvre d'un programme (non action).

Le coût des ressources s'obtient de nombreuses façons. Un exemple consiste à obtenir le prix du marché de tous les biens et services qui font partie d'un programme ou d'une intervention. Le prix du marché est une mesure commode du coût car il est facile de connaître le prix de toutes les ressources et les échanges sont basés sur la valeur monétaire. Les ressources étant limitées, il n'est pas possible de mettre en œuvre toutes les interventions.

Lorsque les décideurs choisissent d'exécuter un programme, les ressources consacrées à ce programme ne seront pas disponibles pour d'autres utilisations éventuelles.

## **1.2. Les types de coûts**

Les types de coûts en santé se répartissent en plusieurs catégories principales, qui permettent d'analyser précisément les dépenses liées aux soins et à la mise en œuvre des programmes de santé.

### **1.2.1. Coûts directs**

Ce sont les coûts qui peuvent être directement attribués à une unité, un service ou une activité spécifique.

- **Coûts médicaux directs** : honoraires des professionnels de santé, médicaments, hospitalisation, examens, interventions, matériel médical utilisé ;
- **Coûts non médicaux directs** : transport des patients, hébergement, fournitures administratives, énergie pour la chaîne du froid (carburant, électricité), entretien des véhicules.

Ils représentent donc des dépenses directement liées aux soins, comme les consultations médicales, les hospitalisations, et les médicaments.

### **1.2.2. Coûts indirects**

Ce sont des coûts qui ne peuvent pas être rattachés spécifiquement à une activité ou un service donné, mais qui supportent le fonctionnement global.

- Administration hospitalière, services publics (électricité, eau, téléphone).
- Utilisation partagée des bâtiments, véhicules, équipements non spécifiques.
- Temps non rémunéré des accompagnateurs, perte de productivité liée à la maladie (absentéisme, invalidité, décès prématuré).
- Frais généraux et coûts liés à la gestion des programmes.

Il représentent des pertes économiques dues à l'absence au travail ou à la réduction de la productivité liée à une maladie.

### **1.2.3. Coûts fixes et coûts variables**

Les coûts fixes sont des dépenses qui ne varient pas avec le volume d'activité à court terme (ex. amortissement des bâtiments, salaires fixes, équipements). Alors que les coûts

variables sont des dépenses qui varient en fonction du nombre de patients ou d'actes réalisés (ex. médicaments, consommables, indemnités de déplacement).

#### 1.2.4. Coûts complets et coûts incrémentaux

Un coût complet est la somme de toutes les ressources utilisées pour la mise en œuvre d'un programme ou d'un service. Tandis que le coût incrémental est le coût additionnel lié à l'ajout d'une activité ou d'un service supplémentaire (par exemple, une dose de vaccin en plus, une session de vaccination supplémentaire).

#### 1.2.5. Coûts moyens et coûts marginaux

Le coût moyen et le coût total divisé par le nombre d'unités produites (ex. coût moyen par consultation). Le coût marginal est un coût supplémentaire pour produire une unité additionnelle.

**Tableau N° 04 : Synthèse des coûts en santé**

Type de coût	Description	Exemples
<b>Coûts directs</b>	Attribuables précisément à un service ou activité	Médicaments, vaccins, honoraires, transport
<b>Coûts indirects</b>	Non attribuables à une activité spécifique	Administration, services publics, temps accompagnateurs
<b>Coûts fixes</b>	Ne varient pas avec le volume d'activité	Salaires fixes, amortissement des équipements
<b>Coûts variables</b>	Varient avec le volume d'activité	Consommables, indemnités de déplacement
<b>Coûts complets</b>	Total des ressources utilisées	Ensemble des coûts d'un programme
<b>Coûts incrémentaux</b>	Coût additionnel d'une unité ou activité supplémentaire	Coût d'une dose supplémentaire de vaccin
<b>Coûts moyens</b>	Coût total divisé par le nombre d'unités	Coût moyen par consultation
<b>Coûts marginaux</b>	Coût pour produire une unité supplémentaire	Coût d'une consultation supplémentaire

Source : Selon nos lectures

Ces catégories de coûts sont essentielles pour la planification, la gestion et l'évaluation économique des services de santé, permettant de mieux comprendre où et comment les

ressources sont consommées et d'orienter les décisions pour une utilisation plus efficiente des moyens disponibles

### **1.3.Tendance des coûts en santé en Algérie**

En Algérie, plusieurs domaines de la santé enregistrent une forte augmentation des coûts :

#### **- Soins Hospitaliers**

Les soins hospitaliers, en particulier les services ambulatoires, continuent d'augmenter en coût. Cette tendance est due à la hausse des prestations médicales et à l'augmentation de la demande pour des services de santé plus complexes.

#### **- Médicaments**

Les dépenses liées aux médicaments connaissent également une forte augmentation. Cela est attribué à la disponibilité limitée de certains médicaments, à l'augmentation des prix des traitements et à la nécessité d'importer une grande partie des médicaments.

#### **- Soins à Domicile et Services de Santé Communautaires**

Les coûts associés aux soins à domicile et aux services de santé communautaires augmentent également, en raison d'une demande croissante pour ces services, notamment pour les personnes âgées et celles ayant des maladies chroniques.

#### **- Technologies Médicales**

L'introduction et l'utilisation croissantes de technologies médicales avancées contribuent également à l'augmentation des coûts. Ces technologies, bien qu'elles améliorent la qualité des soins, peuvent être coûteuses à mettre en œuvre et à maintenir.

#### **- Infrastructures de Santé**

Le besoin d'améliorer et d'étendre les infrastructures de santé, notamment les hôpitaux et les centres de santé, entraîne également une augmentation significative des coûts. Cela inclut les investissements nécessaires pour moderniser les équipements et améliorer l'accès aux soins.

#### **- Dépenses de personnel**

Une part importante du budget de la santé est consacrée aux salaires et aux compensations du personnel médical. L'augmentation des salaires dans le secteur public pour attirer et retenir les professionnels de la santé contribue également à l'augmentation globale des coûts.

Ces augmentations des coûts dans divers domaines soulignent la nécessité pour le gouvernement algérien de réformer le système de santé afin d'améliorer l'efficacité et l'accessibilité des soins tout en maîtrisant les dépenses. La collaboration avec des

organisations internationales comme l'OMS pourrait aider à renforcer le système de santé et à garantir un accès équitable aux services pour tous les citoyens.

## 2. Les coûts de l'assurance maladie

Les coûts de l'assurance maladie représentent une part majeure des dépenses de santé et sont composés de plusieurs éléments clés liés aux prestations remboursées, aux primes payées par les assurés, ainsi qu'aux participations financières directes de ces derniers.

### 2.1. L'assurance maladie

De manière générale, l'assurance maladie est un dispositif destiné à protéger les individus contre les risques financiers liés à la maladie, en prenant en charge tout ou partie des frais de soins médicaux et en assurant parfois un revenu minimal en cas d'incapacité de travail. Elle repose sur le principe de mutualisation des risques : les cotisations versées par les assurés financent les remboursements des soins pour tous.

L'assurance maladie peut être organisée de différentes manières selon les pays :

- **Système public** géré par l'État ou des organismes publics, souvent financé par des cotisations sociales ou des impôts, avec une couverture universelle ou quasi-universelle.
- **Système privé** où les individus souscrivent à des contrats auprès de compagnies d'assurance privées, souvent complémentaires à un régime public.
- **Système mixte** combinant assurance publique obligatoire et assurance privée complémentaire.

Elle couvre généralement les soins liés à la maladie, à la maternité, aux accidents, et parfois à l'invalidité ou au décès. Le remboursement des soins suit des barèmes fixes et peut être partiel ou total selon les prestations et les régimes. Dans certains systèmes, l'assurance maladie organise aussi un réseau de soins avec des professionnels conventionnés, limitant parfois le choix du patient pour optimiser les coûts et la qualité.

En somme, l'assurance maladie est un pilier fondamental des systèmes de protection sociale dans la plupart des pays, visant à garantir l'accès aux soins sans que les coûts ne deviennent un obstacle, tout en répartissant équitablement les charges financières entre les membres de la société.

### 2.2. Le cas de l'Algérie

En Algérie, les coûts de l'assurance maladie sont gérés principalement par la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS) qui couvre les salariés, ainsi que par la CASNOS pour les non-salariés.

### **2.2.1. Structure des coûts et couverture**

L'assurance maladie en Algérie rembourse environ 80 % des frais médicaux et pharmaceutiques pour les assurés sociaux titulaires de la carte « Chifa », avec un système de tiers payant pour les produits conventionnels. Certaines catégories, comme les personnes atteintes de maladies chroniques, les retraités ou invalides avec un revenu inférieur au salaire national minimum garanti (SNMG, 20 000 DZD/mois en 2024), bénéficient d'une prise en charge à 100 % des soins.

Les assurés doivent parfois avancer les frais et se faire rembourser, sauf lorsqu'ils s'adressent à des prestataires ayant conclu une convention avec la CNAS pour le tiers payant.

### **2.2.2. Cotisations et financement**

Le taux global de cotisation à la sécurité sociale est fixé à 31,25 % du revenu déclaré, réparti entre l'assurance maladie-maternité (13 %) et la retraite (18,25 %).

Les cotisations sont versées trimestriellement et doivent être réglées en devise convertible. Le non-paiement entraîne des pénalités et peut remettre en cause les droits à prestations.

### **2.2.3. Évolution et réformes**

Le système algérien de sécurité sociale a connu plusieurs réformes majeures, notamment l'unification du régime dans les années 1980 et l'introduction de mesures pour améliorer la couverture maladie et la qualité des services.

La loi n° 85-05 de 1985 a établi la santé comme un pilier du bien-être individuel et du développement socio-économique, avec un accent sur la prévention, l'accès aux soins et la protection des groupes vulnérables.

En 2025, des efforts sont engagés pour améliorer la qualité des services d'assurance, diversifier les produits et renforcer la gouvernance des compagnies d'assurance, y compris une accélération de la numérisation et une meilleure adaptation aux risques émergents.

### **2.2.4. Dépenses et place dans l'économie**

La santé en Algérie représente environ 6,6 % du PIB avec une dépense courante estimée à 7,6 milliards de dollars en 2025, faisant de la santé le cinquième poste de dépense nationale.

Le système de santé algérien est considéré comme l'un des plus performants en Afrique, avec des progrès notables depuis les années 2000 grâce à une politique d'accès universel aux soins.

**Tableau N°05 : Synthèse sur l'assurance maladie en Algérie**

Aspect	Détail
<b>Taux de remboursement</b>	80 % en général, 100 % pour certains groupes
<b>Cotisations sociales</b>	31,25 % du revenu (13 % maladie, 18,25 % retraite)
<b>Salaire national minimum garanti (SNMG)</b>	20 000 DZD/mois (2024)
<b>Dépenses de santé</b>	6,6 % du PIB, 7,6 milliards \$ en 2025
<b>Réformes clés</b>	Unification du système, qualité, numérisation
<b>Couverture et accès</b>	Carte « Chifa », tiers payant, protection sociale universelle

Source : D'après nos lectures.

Le système algérien d'assurance maladie repose sur un modèle de solidarité et un financement par cotisations sociales, avec une prise en charge partielle ou totale des soins selon les catégories d'assurés. Les réformes récentes et en cours visent à renforcer la qualité des services, la diversification des offres et l'adaptation aux nouveaux défis sanitaires et économiques.

### Conclusion

Enfin, les coûts des soins et de l'assurance maladie représentent un enjeu majeur pour la pérennité et l'efficacité des systèmes de santé. La flambée constante des dépenses, liée à l'évolution démographique, aux progrès médicaux et à l'augmentation des besoins, met sous pression les budgets publics et les finances des assurés. Cette situation nécessite la mise en place de stratégies rigoureuses de maîtrise des coûts, telles que la régulation des tarifs, la promotion des soins coordonnés, et l'amélioration de la pertinence des actes médicaux.

Par ailleurs, l'assurance maladie, en tant que mécanisme principal de financement des soins, doit évoluer vers une meilleure efficacité en particulier les coûts de gestion, en optimisant les remboursements et en renforçant la transparence.

## **Chapitre 8 : Indicateurs de l'état de santé**

### **Introduction**

L'étude de l'état de santé d'une population est une composante essentielle de la santé publique. Pour comprendre les besoins sanitaires, orienter les politiques de santé et évaluer leur efficacité, il est nécessaire de disposer d'informations fiables, objectives et comparables dans le temps et l'espace. Ces informations sont fournies par ce que l'on appelle les indicateurs de santé.

Les indicateurs de santé sont des outils fondamentaux pour évaluer l'état de santé d'une population, suivre l'évolution des problèmes de santé, et évaluer l'efficacité des interventions en santé publique. Ces indicateurs permettent de quantifier et de qualifier les aspects divers de la santé, allant des conditions de vie aux résultats des soins. Dans ce chapitre, nous allons explorer les différents types d'indicateurs, leurs utilisations, ainsi que les méthodes pour les calculer et les interpréter.

### **1. Définition et caractéristiques des indicateurs de l'état de santé**

Les indicateurs de l'état de santé sont des outils essentiels pour mesurer, comprendre et améliorer la santé des populations et qui renferment un ensemble de caractéristiques.

#### **1.1. Définition**

Selon la Haute Autorité de Santé, les indicateurs en santé sont des outils qui permettent d'évaluer un état de santé, une pratique, une organisation ou la survenue d'un événement, ainsi que son évolution dans le temps. Ils peuvent être de différents types : de structure, de processus, ou de résultats.

Un indicateur de santé est un outil de mesure qui permet d'évaluer quantitativement ou qualitativement l'état de santé d'une population, la qualité des soins, ou la survenue d'événements sanitaires. Ces indicateurs sont essentiels pour comprendre, surveiller et améliorer la santé publique.

#### **1.2. Caractéristiques**

Les indicateurs de santé servent à quantifier et évaluer différentes dimensions de la santé d'une population.

Ils permettent de mesurer un état de santé, une pratique, ou la survenue d'un événement.

Les caractéristiques d'un bon indicateur de santé sont :

- Être simple et facile à calculer ;
- Être reproductible ;
- Être précis et valide (mesurer ce qu'il est censé mesurer) ;
- Être suffisamment réactif et sensible pour détecter des changements ;
- Être spécifique (mesurer seulement les phénomènes qu'il est censé mesurer) ;
- Être pertinent pour les politiques de santé ;
- Être rentable (que les résultats justifient l'investissement en temps et en ressources).

Les sources de données pour les indicateurs peuvent inclure les dossiers des patients, des questionnaires, des enquêtes, et des bases de données nationales.

## 2. Les types d'indicateurs

Il existe plusieurs types d'indicateurs de santé, qui peuvent être classés selon différents critères. En voici quelques types principaux :

### 2.1. Indicateurs de structure

Ils évaluent la gestion des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la mise en œuvre des processus de soins. Ils évaluent les ressources disponibles pour la santé : personnel, équipements, finances, infrastructures.

### 2.2. Indicateurs de processus

Ils évaluent la mise en œuvre d'une activité de soins ou de prévention comme le processus de prise en charge d'un patient ou le taux de dépistage.

### 2.3. Indicateurs de résultats

Ils évaluent directement, à l'issue de la mise en œuvre d'un processus de soins, les bénéfices ou les risques générés pour le patient en termes d'efficacité, de satisfaction et de sécurité.

### 2.4. Indicateurs d'état de santé

Ils mesurent directement la santé de la population, notamment :

- ✓ **Espérance de vie** : durée moyenne de vie attendue ;
- ✓ **Taux de mortalité** : nombre de décès par rapport à une population donnée. Ils permettent de mesurer la fréquence des décès dans une population :

- Taux de mortalité générale ;
- Taux de mortalité infantile (<1 an) : très sensible aux conditions de vie ;
- Taux de mortalité maternelle
- Mortalité prématurée (<65 ans)

- Années potentielles de vie perdues (APVP).
- ✓ **Taux de morbidité** : fréquence des maladies (prévalence, incidence). Ils rendent compte des maladies et troubles de santé :
  - Prévalence : nombre de cas présents à un moment donné
  - Incidence : nouveaux cas dans une période donnée
  - Morbidité perçue : auto-évaluation par la population
  - Morbidité diagnostiquée : par les professionnels de santé
- ✓ **Facteurs de risque** : comportements ou conditions augmentant la probabilité de maladie (tabagisme, obésité, etc.).

### 2.5. Indicateurs de déterminants de santé

Ils concernent les facteurs sociaux, économiques et environnementaux influençant la santé (conditions de vie, accès aux soins, niveau d'éducation).

### 2.6. Indicateurs épidémiologiques et démographiques

Les indicateurs épidémiologiques servent à mesurer l'état de santé et les indicateurs démographiques sont liés aux principaux phénomènes démographiques et décrivent la structure et la dynamique de la population :

- ✓ **Taux de natalité** = (Naissances vivantes / population totale) × 1000
- ✓ **Taux de fécondité**
- ✓ **Espérance de vie à la naissance** (indicateur de santé globale)
- ✓ **Indice de dépendance** : rapport entre les inactifs et les actifs

### 2.7. Indicateurs de moyens

Ils évaluent des éléments qui ne traduisent pas directement l'état de santé de la population mais dont l'amélioration a des effets bénéfiques sur celui-ci. On peut citer, par exemple, les indicateurs de conditions de vie (addictions, modes d'hébergement et qualité de vie, etc.), les indicateurs de moyens, qu'ils soient financiers (dépenses de santé), humains (démographie et desserte médicale) ou d'équipement (lits d'hôpitaux), les indicateurs de recours aux ressources sanitaires.

Les indicateurs de santé peuvent être exprimés en nombre, en taux, en proportion, en moyenne ou en catégorie.

### 3. Utilisation des indicateurs

Les indicateurs de santé sont utilisés pour divers objectifs, notamment pour évaluer l'état de santé d'une population, suivre l'évolution des problèmes de santé, et évaluer l'efficacité des interventions en santé publique. Les indicateurs de santé sont utilisés pour :

- **Définition des problèmes de santé publique**

Les indicateurs aident à identifier les problèmes de santé majeurs dans une population à un moment donné ou sur un territoire spécifique, ils servent aussi à connaître la répartition des maladies, des décès ou des facteurs de risque

- **Suivi des évolutions**

Ils permettent de mettre en évidence les changements dans l'état de santé d'une population au fil du temps, aidant ainsi à évaluer les tendances et les progrès (ex : baisse du taux de mortalité infantile).

- **Évaluation des programmes**

Les indicateurs sont utilisés pour évaluer l'impact des programmes de prévention, de promotion et de soins. Ils aident à déterminer si les interventions sont efficaces et à ajuster les stratégies en conséquence. Ils évaluent les actions de santé publique par la mesure de l'impact des campagnes de vaccination et par le suivi de l'effet des réformes (ex : accès aux soins, sécurité sociale...).

- **Comparaison des performances**

Ils permettent de comparer les performances des établissements de santé, des systèmes de soins, ou des régions, ce qui peut guider les décisions pour améliorer la qualité des soins ;

- **Planification et gestion des ressources**

Les indicateurs aident à planifier les ressources nécessaires pour répondre aux besoins en santé d'une population et à gérer efficacement les systèmes de santé en définissant les priorités de santé publique et par une allocation des ressources en fonction des besoins (personnel, infrastructures...).

- **Amélioration continue**

En identifiant les domaines nécessitant une amélioration, les indicateurs facilitent la mise en place d'actions correctives pour renforcer la qualité et la sécurité des soins ;

- **Prise de décision éclairée**

Les indicateurs fournissent des données comparatives et normalisées, permettant aux décideurs de prendre des décisions éclairées concernant les politiques de santé et l'allocation des ressources.

Ainsi, les indicateurs de santé sont des outils essentiels pour guider les actions en santé publique, évaluer les résultats des interventions, et améliorer continuellement la qualité des soins et des services de santé.

#### **4. Calcul des indicateurs**

La méthode de calcul des indicateurs de santé dépend du type d'indicateur et de l'objectif de la mesure, mais elle suit généralement des principes communs, notamment la définition claire du numérateur (nombre d'événements ou cas observés) et du dénominateur (population à risque ou population totale concernée). Voici les principales méthodes et exemples de calcul :

##### **4.1. Calcul des taux simples**

Un indicateur classique est un taux, calculé par la formule :

$\text{Taux} = \text{Nombre d'événements (numérateur)} / \text{Population à risque (dénominateur)} \times k$

Où k est un facteur multiplicateur (par exemple 100, 1 000, 100 000) pour rendre le taux lisible.

##### **Exemple**

Le taux de mortalité = Nombre de décès/Population totale  $\times 100000$ .

##### **4.2. Standardisation des taux**

Pour comparer des populations avec des structures différentes (notamment par âge), on utilise la standardisation afin d'éliminer l'effet des différences démographiques.

###### **4.2.1. Standardisation directe**

Elle consiste à choisir une population de référence avec une structure par âge connue. On applique ensuite, les taux spécifiques par âge observés dans la population étudiée à la population de référence et on calcule le nombre de décès « attendus » dans chaque groupe d'âge. Ainsi, le taux standardisé est la somme des décès attendus divisée par la population totale de référence, multipliée par 100 000. Cette méthode permet de comparer plusieurs populations entre elles.

###### **4.2.2. Standardisation indirecte**

Elle est utilisée lorsque les taux spécifiques par âge de la population étudiée ne sont pas disponibles ou peu stables. On applique les taux spécifiques par âge de la population de

référence à la population étudiée pour calculer le nombre de décès attendus. On calcule par la suite le rapport standardisé (RS) :  $RS = \text{décès observés} / \text{décès attendus} \times 100$

Un  $RS > 100$  indique une surmortalité par rapport à la population de référence.

#### 4.3. Calcul des indicateurs composites

Certains indicateurs complexes, comme l'indice de santé corrigé (exemple : espérance de vie corrigée de la qualité de vie), sont calculés à partir de moyennes géométriques ou pondérées de plusieurs indicateurs traceurs, après avoir mis ces indicateurs sur une même échelle (par exemple de 0 à 100).

#### 4.4. Méthodes spécifiques pour certains indicateurs

Il existe des méthodes spécifiques pour certains indicateurs, comme :

- **Incidence** : nombre de nouveaux cas sur une période donnée divisé par la population à risque pendant cette période ;
- **Prévalence** : nombre total de cas à un moment donné divisé par la population totale à ce moment ;
- **Années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)** : combinent la durée de vie et la gravité de la maladie selon une pondération.

#### 4.5. Qualité et validation des données

Le calcul des indicateurs doit s'appuyer sur des données fiables, définies par des critères d'inclusion/exclusion précis, et validées par des experts. La méthodologie doit être documentée pour assurer la reproductibilité et la comparabilité.

En somme, pour une bonne utilisation de ces indicateurs, il faut définir clairement numérateur et dénominateur, utiliser la standardisation (directe ou indirecte) pour comparer des populations avec des structures différentes, appliquer des méthodes adaptées selon le type d'indicateur (taux, indices composites, mesures ajustées) afin de pouvoir finalement valider la qualité des données et la méthodologie.

Ces méthodes garantissent que les indicateurs de santé reflètent fidèlement la réalité sanitaire et sont comparables dans le temps et l'espace

### 5. Domaines d'application

Les indicateurs de l'état de santé peuvent être utilisés dans plusieurs domaines.

### 5.1.Santé publique

- Surveillance épidémiologique (grippe, Covid-19...);
- Programmes de prévention (tabagisme, obésité, VIH...);
- Lutte contre les maladies chroniques (diabète, cancer...).

### 5.2.Gestion et planification des systèmes de santé

- Dimensionnement des hôpitaux et des structures de soins ;
- Répartition géographique des professionnels de santé ;
- Planification des campagnes de vaccination ou de dépistage.

### 5.3.Comparaisons internationales

- Rapports OMS, OCDE, Banque Mondiale ;
- Classements des pays selon la qualité de leur système de santé ;
- Respect des objectifs de développement durable (ODD).

### 5.4.Recherche en épidémiologie et sciences sociales

- Études sur les déterminants de santé (revenus, environnement...)
- Analyse des comportements de santé (alcool, tabac, sédentarité...)

### 5.5.Information et sensibilisation du public

- Communication des autorités sanitaires (bulletins, infographies) ;
- Alerte de la population sur des problèmes émergents ;
- Amélioration de la littératie en santé.

**Tableau N°06 : Exemples d'utilisation des indicateurs de santé**

<b>Indicateur</b>	<b>Utilisation pratique</b>
<b>Espérance de vie</b>	Évaluer l'état de santé global d'un pays
<b>Taux de vaccination</b>	Mesurer la couverture vaccinale et détecter les poches de vulnérabilité
<b>Incidence du cancer du sein</b>	Justifier des campagnes de dépistage ciblées
<b>DALY (années de vie perdues ajustées)</b>	Prioriser les interventions de santé publique
<b>Taux de suicide chez les jeunes</b>	Développer des programmes de santé mentale

Source : D'après nos lectures.

## 6. Limites d'utilisation

Les indicateurs de l'état de santé sont indispensables pour piloter les politiques et actions en santé publique, mais ils ont des limites importantes liées à leur nature, la qualité des données, les contextes culturels et méthodologiques.

### 6.1.Limites liées à la nature des indicateurs

Les limites liées à la nature des indicateurs sont :

#### - **Incomplétude des indicateurs classiques**

Les indicateurs basés sur la mortalité et la morbidité ne reflètent que les affections graves ou les cas diagnostiqués et ne prennent pas en compte les aspects positifs de la santé ni le niveau de fonctionnement réel des individus. Par exemple, un diagnostic enregistré ne renseigne pas forcément sur la qualité de vie ou le bien-être.

#### - **Absence d'un indicateur universel**

La santé est un concept complexe et multidimensionnel, difficile à capturer par un seul indicateur. Les indicateurs mesurent souvent des aspects partiels (mortalité, incapacité, facteurs de risque), ce qui nécessite une combinaison d'indicateurs pour une vision complète<sup>1</sup>.

### 6.2.Limites liées aux données

Les limites liées aux données sont :

#### - **Qualité et disponibilité des données variables**

Les données nécessaires pour calculer les indicateurs peuvent être incomplètes, peu fiables ou absentes, notamment dans certains pays en développement ou dans des contextes politiques restrictifs. Cela limite la comparabilité et la pertinence des indicateurs.

#### - **Influence des normes et contextes culturels**

Les indicateurs peuvent être influencés par des facteurs socio-économiques, culturels ou politiques, rendant leur interprétation relative. Par exemple, les comportements de déclaration ou les critères diagnostiques varient selon les pays ou les groupes sociaux.

#### - **Complexité des formulations**

Certaines questions utilisées pour recueillir des données (comme le Global Activity Limitation Indicator – GALI) sont complexes et peuvent induire des biais de réponse ou une perte d'information.

---

<sup>1</sup> Pineault, R., Goulet, L. (1995) Les indicateurs de santé : les utiliser, oui, mais ne pas en abuser. Rupture, revue transdisciplinaire en santé, 2(2), 140-150

### **6.3.Limites méthodologiques et d'interprétation**

Les limites liées à la méthodologie et à l'interprétation sont :

- **Sensibilité et spécificité limitées**

Certains indicateurs, comme l'espérance de vie, ne sont plus sensibles aux progrès récents en santé dans les pays industrialisés et ne reflètent pas toujours l'efficacité des interventions.

- **Risque d'abus et de surinterprétation**

Une utilisation excessive ou inappropriée des indicateurs peut conduire à des conclusions erronées, notamment lorsqu'on cherche à relier directement les investissements en santé à des améliorations mesurées uniquement par des indicateurs limités.

- **Difficulté à isoler l'effet du système de santé**

De nombreux facteurs externes (environnement, mode de vie, conditions sociales) influencent les indicateurs, ce qui complique l'évaluation directe de la performance des systèmes de santé.

### **6.4.Limites spécifiques aux indicateurs subjectifs**

Les indicateurs basés sur la perception ou l'auto-déclaration (santé perçue, limitations d'activité) peuvent varier selon la compréhension des questions, la culture ou l'état psychologique des répondants, ce qui affecte leur fiabilité.

A l'issue de l'ensemble de ces limites, l'interprétation des indicateurs doit être prudente, contextualisée, et souvent complétée par plusieurs indicateurs complémentaires pour obtenir une image fidèle et utile de la santé des populations. Une connaissance fine de ces limites permet d'éviter les abus et d'améliorer la pertinence des décisions fondées sur ces indicateurs.

### **Conclusion**

Enfin, les indicateurs de l'état de santé sont des outils puissants pour évaluer et améliorer la santé des populations. Ils permettent de suivre l'évolution des problèmes de santé, d'évaluer l'efficacité des interventions, et de planifier les ressources nécessaires. Comprendre ces indicateurs est nécessaire pour les professionnels de la santé, les décideurs politiques et les chercheurs, car ils guident les actions en santé publique et contribuent à réduire les inégalités en matière de santé. Enfin, l'interprétation de ces indicateurs doit toujours être contextualisée pour refléter fidèlement la réalité sanitaire d'une population donnée.

## **Chapitre 9 : Étudier la faisabilité d'un investissement dans des projets de santé**

### **Introduction**

Investir dans un projet de santé, qu'il s'agisse de la création d'un centre médical, d'un hôpital ou d'une maison de santé pluriprofessionnelle, représente un engagement important tant sur le plan financier que social. Ces projets ont un impact direct sur la qualité et l'accessibilité des soins pour la population. Avant de lancer un tel investissement, il est indispensable de réaliser une étude de faisabilité approfondie. Cette étude vise à vérifier la pertinence, la viabilité et la durabilité du projet dans son environnement, en prenant en compte les besoins sanitaires, les contraintes techniques, les aspects économiques et les implications sociales. Elle permet ainsi de sécuriser la prise de décision, d'optimiser les ressources engagées et de maximiser les chances de succès du projet.

### **1. Introduction à l'investissement dans le secteur de la santé**

L'investissement dans le secteur de la santé consiste à mobiliser des capitaux pour financer des infrastructures, des services, des technologies, ou des entreprises innovantes liées à la santé. Ce secteur englobe un large éventail d'activités : établissements hospitaliers, réseaux de soins primaires, recherche médicale, dispositifs médicaux, biotechnologies, services numériques de santé, etc. Depuis plusieurs décennies, il attire de plus en plus d'investisseurs, publics comme privés, en raison de son importance stratégique et de sa croissance continue

#### **1.1.Secteur stratégique et vital**

Le secteur de la santé est un pilier fondamental de toute société. Il ne se limite pas à la prise en charge des maladies, mais englobe aussi la prévention, le bien-être, l'éducation sanitaire, et le soutien aux personnes vulnérables. Investir dans ce domaine, c'est donc répondre à des besoins humains essentiels. Contrairement à d'autres secteurs, la santé est moins sensible aux cycles économiques : même en période de crise, les gens continuent à avoir besoin de soins. C'est pourquoi on considère souvent la santé comme un secteur « défensif » dans les stratégies d'investissement.

#### **1.2.Une opportunité à fort impact social et économique**

Un projet de santé bien conçu permet :

- D'améliorer la qualité de vie des populations ;

- De renforcer le capital humain (travailleurs en meilleure santé = économie plus productive) ;
- De réduire la mortalité évitable ;
- De créer des emplois qualifiés et durables (médecins, infirmiers, techniciens...).

Dans certaines régions, l'offre de soins est insuffisante ou mal répartie. L'investissement dans des zones sous-desservies ou à forte croissance démographique devient alors à la fois un levier de développement et une opportunité d'affaires durable.

### **1.3. Les spécificités du secteur de la santé**

Avant d'envisager un projet, il faut comprendre les particularités du secteur :

- Réglementation stricte : les activités médicales sont encadrées par l'État. Il faut obtenir des autorisations, respecter des normes de sécurité, et souvent faire face à des inspections régulières.

- Responsabilité élevée : une erreur médicale peut avoir de lourdes conséquences. La qualité et l'éthique doivent être irréprochables.

- Dépendance technologique : les progrès rapides des technologies médicales (imagerie, biotechnologie, télémédecine) imposent des investissements réguliers.

- Mixte public/privé : le secteur de la santé est souvent structuré autour de deux pôles. Le secteur privé peut compléter les offres publiques, surtout là où les moyens de l'État sont limités.

Le secteur de la santé est essentiel non seulement pour améliorer la qualité et l'accès aux soins, mais aussi pour soutenir la croissance économique et l'emploi. En effet, les investissements dans la santé ont un effet multiplicateur sur l'économie, en créant des emplois directs dans le secteur et en améliorant la productivité grâce à une meilleure santé des populations. Par ailleurs, les enjeux démographiques, notamment le vieillissement des populations, et les avancées technologiques renforcent la dynamique d'investissement dans ce domaine.

Les institutions internationales, comme la Banque Européenne d'Investissement (BEI) ou l'Organisation mondiale de la santé (OMS), encouragent et soutiennent ces investissements, en insistant sur la nécessité d'une approche durable, équitable et stratégique.

Enfin, investir dans la santé ne se limite pas à une logique financière : c'est aussi un engagement éthique qui prend en compte les déterminants sociaux de la santé, l'équité d'accès aux soins et la participation des communautés. Cette approche holistique vise à améliorer durablement la santé des populations tout en assurant une gestion responsable des ressources.

## 2. Identifier les besoins et analyser la demande

Pour identifier le besoin et analyser la demande de soins de santé, il est essentiel de distinguer plusieurs notions clés et de comprendre les facteurs qui influencent la demande dans un contexte sanitaire.

### 2.1. Identifier le besoin de santé

Le besoin de santé correspond à la nécessité de soins d'une population, mais il est complexe à évaluer car il existe plusieurs types de besoins :

- **Besoin ressenti** : c'est la perception qu'a un individu d'une anomalie ou d'un malaise, l'impression qu'il a besoin de soins. Ce besoin est subjectif et ne reflète pas toujours la gravité réelle de la situation ;
- **Besoin réel** : défini par des critères médicaux objectifs, il correspond à la nécessité effective de soins pour traiter une pathologie ou prévenir une maladie ;
- **Besoin satisfait** : c'est la partie du besoin réel qui a été effectivement prise en charge par le système de soins, mesurée par la consommation médicale (consultations, hospitalisations, prescriptions).

L'objectif d'un système de santé est d'identifier et de satisfaire au mieux les besoins réels de la population, tout en tenant compte des besoins ressentis qui motivent la demande de soins.

### 2.2. Analyser la demande de soins

La demande de soins est l'expression concrète du besoin de santé par les individus, traduite par le recours aux services médicaux. Elle dépend de plusieurs facteurs :

- **Facteurs médicaux** : la morbidité (prévalence des maladies) est un déterminant majeur de la demande. Plus une population est malade, plus la demande de soins augmente.
- **Facteurs socio-économiques** : le revenu, le niveau d'éducation, la protection sociale (assurance maladie), et le prix des soins influencent la capacité et la volonté des individus à demander des soins.
- **Facteurs géographiques et d'offre** : la proximité et la disponibilité des services de santé jouent un rôle important. Plus les établissements sont accessibles, plus la demande est élevée (on parle d'effet de proximité ou « l'offre crée la demande »).

- **Facteurs comportementaux et culturels** : les habitudes de vie, les croyances, le niveau d'information sur la santé, ainsi que la gravité perçue de la maladie influencent le recours aux soins.

La demande de soins est donc fonction d'un ensemble de variables : prix, revenu, protection sociale, offre de soins, et autres déterminants contextuels.

### **2.3.Méthodologie d'analyse**

La méthodologie d'analyse d'un investissement dans le secteur de la santé consiste à :

- Collecte de données épidémiologiques et démographiques pour estimer la morbidité et les besoins réels.
- Études de consommation médicale (taux de consultation, hospitalisation, prescription) pour mesurer les besoins satisfaits.
- Enquêtes auprès des populations pour comprendre les besoins ressentis et les freins au recours aux soins.
- Analyse statistique multivariée pour isoler l'impact de chaque facteur sur la demande de soins.
- Prise en compte des disparités territoriales (milieu urbain/rural, accessibilité aux services) pour adapter l'offre.

Cette étape permet de répondre à une question essentielle : Y a-t-il une réelle demande de soins pour justifier ce projet ? Un projet pertinent est un projet qui répond à un besoin médical identifié, non ou mal couvert par l'offre actuelle, et accessible à la population ciblée.

### **3. Etude de la faisabilité**

L'étude de faisabilité constitue une étape incontournable dans la préparation d'un projet, visant à analyser de manière approfondie sa viabilité technique, économique et organisationnelle afin de garantir sa réussite.

#### **3.1.Objectifs de l'étude de faisabilité**

L'étude de faisabilité est une étape préalable cruciale avant tout investissement. Elle permet d'analyser en profondeur si un projet peut être réalisé de manière viable, durable et rentable, tout en répondant à un besoin réel. Voici ses objectifs principaux :

- Définir clairement le projet : préciser les missions, le type de soins proposés (généralistes, spécialisés, recherche, enseignement) et la population cible ;
- Analyser la demande et l'offre existante : comprendre les besoins sanitaires du territoire, identifier les lacunes et éviter les doublons dans l'offre de soins ;

- Évaluer la faisabilité technique et réglementaire : conformité aux normes sanitaires, environnementales, urbanistiques, et capacité à mobiliser les ressources humaines et matérielles nécessaires ;
- Étudier la viabilité économique : estimer les coûts d'investissement et de fonctionnement, les recettes attendues, et calculer les indicateurs financiers (Valeur Actuelle Nette, Taux de Rendement Interne, période d'amortissement) ;
- Analyser les risques et la durabilité : réaliser une analyse de sensibilité pour anticiper les variations des coûts, des recettes ou de la fréquentation, et définir des plans d'atténuation ;
- Impliquer les parties prenantes : associer autorités sanitaires, professionnels de santé, et population locale pour garantir l'acceptabilité sociale et la pertinence du projet.

Ainsi, l'étude de faisabilité a pour but de confirmer que le projet est réalisable techniquement, financièrement et opérationnellement, tout en minimisant les risques, afin d'assurer sa réussite et son alignement avec les objectifs stratégiques de l'organisation.

### **3.2. Les étapes de l'étude de faisabilité**

L'étude de faisabilité englobe un ensemble d'étapes détaillées adaptées à un projet, notamment dans le secteur de la santé, en synthétisant les meilleures pratiques issues des sources récentes :

#### **3.2.1. Identification des objectifs précis**

L'identification des objectifs passe par :

- Définir clairement la finalité du projet et les avantages attendus ;
- Formuler des objectifs selon la méthode SMART : Spécifiques, Mesurables, Acceptables, Réalistes, Temporellement définis.

Cette étape permet de cadrer le périmètre et d'orienter les analyses à venir.

#### **3.2.2. Étude de l'environnement du projet**

Pour étudier l'environnement il faut :

- Analyser le contexte externe et interne qui impactera le projet ;
- Utiliser une analyse PESTEL pour examiner les facteurs : Politique, Économique, Social, Technologique, Environnemental, Légal ;
- Identifier opportunités, contraintes réglementaires, innovations, évolutions des besoins ou comportements.

#### **3.2.3. Définition et dimensionnement du projet**

Afin de donner une dimension au projet, il faut :

- Stabiliser le périmètre capacitaire en fonction des besoins identifiés.

- Projeter les perspectives d'activité (nombre de patients, consultations, lits, etc.) en tenant compte des évolutions démographiques et médicales.
- Définir les équipements et infrastructures nécessaires.

Cette étape inclut aussi l'étude technique (normes, immobilier, ressources humaines) et la cohérence avec le projet médical.

#### **3.2.4. Analyse financière et budgétaire**

Une analyse financière et budgétaire est nécessaire dans l'étude de faisabilité d'un projet, elle englobe les points suivants :

- Estimer les coûts d'investissement (construction, équipements) et de fonctionnement (personnel, maintenance) ;
- Projeter les recettes attendues (remboursements, subventions) ;
- Calculer les indicateurs financiers clés : Valeur Actuelle Nette (VAN), Taux de Rendement Interne (TRI), délai d'amortissement ;
- Réaliser une analyse de sensibilité pour tester différents scénarios économiques.

#### **3.2.5. Analyse des risques et gestion**

L'analyse des risques est un processus obligatoire durant lequel, il faut :

- Identifier les risques potentiels (financiers, techniques, réglementaires, sociaux) ;
- Élaborer des plans d'atténuation pour minimiser leur impact ;
- Cette étape est essentielle pour assurer la robustesse du projet face aux incertitudes.

#### **3.2.6. Consultation des parties prenantes**

Dans un investissement dans le secteur de la santé, il est nécessaire d'impliquer les acteurs concernés comme les autorités sanitaires, professionnels de santé, collectivités, population locale mais aussi de recueillir leurs avis et intégrer leurs retours pour ajuster le projet. Cette démarche favorise l'acceptabilité sociale et la cohérence du projet avec les besoins du territoire.

#### **3.2.7. Formalisation et présentation du dossier**

Pour finaliser l'étude de faisabilité, il est essentiel de :

- Rédiger un rapport complet synthétisant les analyses techniques, financières, organisationnelles et sociales.
- Préparer un dossier d'instruction à destination des instances décisionnelles (ex. comité d'investissement).

- Planifier les étapes suivantes en fonction des validations obtenues.

Ces étapes peuvent s'étaler sur plusieurs mois (en général 3 à 6 mois selon la complexité) et nécessitent une équipe pluridisciplinaire pour mobiliser les compétences techniques, financières et stratégiques.

**Tableau N°07 : Synthèse des étapes de l'étude de faisabilité d'un projet**

<b>Étape</b>	<b>Description</b>
<b>2. Analyse du contexte</b>	Diagnostic territorial, analyse PESTEL
<b>3. Dimensionnement</b>	Projection des capacités et équipements
<b>4. Étude technique</b>	Normes, infrastructures, immobilier
<b>5. Analyse financière</b>	Coûts, recettes, indicateurs financiers (VAN, TRI, amortissement)
<b>6. Analyse de sensibilité</b>	Scénarios alternatifs, gestion des risques
<b>7. Consultation</b>	Parties prenantes, autorités, professionnels
<b>8. Validation</b>	Présentation aux comités, obtention des aides

Source : D'après nos lectures.

Cette méthodologie rigoureuse permet d'évaluer la faisabilité d'un investissement dans un projet de santé en garantissant qu'il soit adapté aux besoins, techniquement réalisable, économiquement viable et socialement acceptable, assurant ainsi un impact positif durable sur la communauté desservie.

### **Conclusion**

Enfin, l'investissement dans le secteur de la santé est un levier fondamental pour répondre aux besoins croissants en soins, soutenir l'innovation, favoriser le développement économique et promouvoir une santé équitable et durable. C'est un secteur porteur, à la fois stratégique et éthique, qui attire de plus en plus d'acteurs désireux de conjuguer impact social et rentabilité économique. Ainsi, l'étude de faisabilité d'un projet d'investissement dans le secteur de la santé comprend la définition claire des objectifs, l'analyse approfondie de l'environnement, le dimensionnement précis du projet, l'évaluation financière rigoureuse, la gestion des risques, la consultation des parties prenantes, et la formalisation d'un dossier complet pour validation. Elle constitue une étape clé pour sécuriser la réussite d'un investissement dans un projet de santé.

## **Chapitre 10 : Méthodes de financement des projets de santé**

### **Introduction**

Le financement des projets de santé représente un enjeu majeur dans la mise en œuvre des politiques sanitaires. Qu'il s'agisse de construire un hôpital, de lancer une campagne de vaccination ou de moderniser des équipements médicaux, le succès de ces initiatives dépend en grande partie de la mobilisation de ressources financières adéquates et durables. Les méthodes de financement des projets de santé reposent sur plusieurs principes et approches clés, visant à assurer la mobilisation, la gestion et l'allocation efficaces des ressources pour garantir l'accès aux soins et la couverture sanitaire universelle. Cependant, face à la complexité croissante des besoins de santé et à la rareté des ressources, il est essentiel de bien comprendre les différentes méthodes de financement disponibles.

### **1. Principes fondamentaux des projets en santé**

Les principes du financement des projets en santé reposent sur plusieurs fondements essentiels visant à assurer la mobilisation, la gestion efficace et la soutenabilité économique des ressources allouées.

#### **1.1. Mobilisation adéquate et diversifiée des ressources**

Le financement doit s'appuyer sur des sources variées (fonds publics, assurances maladie, financements innovants, cofinancements) pour garantir la stabilité et la continuité des projets. Il est important d'identifier clairement les sources de financement, notamment dans les projets innovants, pour assurer la viabilité économique et la généralisation éventuelle.

#### **1.2. Allocation transparente et équitable des ressources**

Les ressources doivent être allouées en fonction des priorités sanitaires, avec une attention particulière à l'équité et à l'accessibilité financière des populations, afin d'éviter les obstacles liés aux coûts directs pour les usagers<sup>1</sup>. La répartition doit s'appuyer sur des critères transparents et adaptés au contexte local.

#### **1.3. Gestion rigoureuse et efficiente des fonds**

Une gestion optimisée, incluant la planification budgétaire, le suivi des dépenses, la maîtrise des coûts et la rationalisation des achats, est essentielle pour maximiser l'impact des financements. La simplification des procédures et le renforcement des capacités en gestion financière contribuent à améliorer l'absorption des fonds.

#### **1.4. Soutenabilité économique et évaluation continue**

---

<sup>1</sup> [https://applications.emro.who.int/docs/EM\\_RC57\\_tech\\_disc\\_1\\_fr.pdf](https://applications.emro.who.int/docs/EM_RC57_tech_disc_1_fr.pdf)

Le modèle économique du projet doit être conçu pour être soutenable à moyen et long terme, intégrant une estimation précise des coûts et des bénéfices, ainsi que la capacité du système de santé à financer la généralisation. L'évaluation indépendante des projets, notamment dans le cadre d'expérimentations, est nécessaire pour garantir leur pertinence et leur efficacité.

### **1.5.Coordination et partenariat entre acteurs**

Le financement doit favoriser la coordination entre les différents partenaires (État, assurance maladie, collectivités territoriales, acteurs privés et internationaux) pour éviter la fragmentation des ressources et créer des synergies. Les cofinancements doivent être clairement identifiés et articulés.

Ces principes visent à garantir que le financement des projets en santé contribue efficacement à l'amélioration de l'accès aux soins, à la qualité des services et à la couverture universelle, tout en assurant une gestion responsable et durable des ressources disponibles.

## **2. Les sources traditionnelles de financement**

Les sources traditionnelles de financement des systèmes et projets de santé se répartissent en plusieurs catégories principales :

### **2.1.Le financement public**

Les fonds publics constituent la source majeure dans la plupart des pays et proviennent principalement :

- Des recettes fiscales générales affectées à la santé ;
- Des budgets gouvernementaux alloués au ministère de la santé ;
- Des subventions et emprunts publics ;
- Des transferts gouvernementaux à différents niveaux (central, local).

Ce financement est essentiel pour garantir la gratuité ou la prise en charge partielle des soins, notamment dans les systèmes publics<sup>1</sup>. Cependant, il peut mener à une dépendance aux priorités politiques, une lenteur administrative et des contraintes budgétaires.

### **2.2.Fonds des ménages (paiements directs et mutualisation)**

Les fonds des ménages dans le financement des systèmes de santé se composent principalement de deux éléments : les paiements directs et la mutualisation.

#### **2.2.1. Paiements directs des ménages**

---

<sup>1</sup> Flori, Yves-Antoine.(2002).Financement des politiques de santé. adsp n° 30. pp31-34. file:///C:/Users/pc/Downloads/ad303134.pdf

Ce sont des sommes payées directement par les usagers au moment de la prestation de soins, sans remboursement. Ils peuvent concerner :

- Les consultations, médicaments, actes médicaux en ambulatoire ou hospitaliers ;
- Les participations forfaitaires ou tickets modérateurs.

Ces paiements directs représentent une part significative des dépenses de santé dans certains pays et peuvent constituer un obstacle à l'accès aux soins, notamment pour les populations les plus vulnérables. Ils sont souvent la principale cause de catastrophes financières pour les ménages, pouvant entraîner un renoncement aux soins ou un appauvrissement<sup>1</sup>.

### **2.2.2. Mutualisation des ressources des ménages**

Pour réduire le risque financier lié aux paiements directs, des mécanismes de mutualisation sont mis en place :

- Mutuelles de santé
- Caisses de solidarité
- Assurances maladie privées ou publiques (obligatoires ou facultatives).

Ces systèmes permettent de répartir les coûts entre un groupe plus large, améliorant ainsi l'équité et l'accès aux soins. La mutualisation est plus efficace lorsqu'elle couvre un large périmètre de population et un ensemble de prestations, notamment les soins primaires et les maladies chroniques

Ces paiements directs, bien que souvent nécessaires, peuvent limiter l'accès aux soins en cas de charges trop élevées. Les systèmes de mutualisation visent à réduire ce risque financier pour les ménages.

### **2.3.Fonds extérieurs**

Ils regroupent l'aide internationale sous forme de dons, subventions, prêts concessionnels, ainsi que les apports des ONG et fondations philanthropiques. Cette source est particulièrement importante dans les pays à faibles revenus pour financer des programmes spécifiques ou des projets de santé publique.

## **3. Les financements innovants**

Les financements innovants et alternatifs en santé regroupent des mécanismes nouveaux visant à mobiliser des ressources supplémentaires, souvent en combinant plusieurs sources ou en utilisant des instruments financiers originaux, pour soutenir durablement les projets et systèmes de santé.

---

<sup>1</sup> OCDE (2023), Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5108d4c7-fr>.

### **3.1.Mécanisme Debt2Health**

Ce dispositif permet à un pays de négocier un accord d'échange de créances avec ses créanciers. En contrepartie de l'annulation partielle ou totale de sa dette, le pays s'engage à investir les fonds ainsi libérés dans des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose, le paludisme ou dans le renforcement des systèmes de santé via le Fonds mondial. Ce mécanisme favorise une utilisation plus équitable et durable des ressources issues des emprunts.

### **3.2.Financement mixte et partenariats innovants**

Le financement mixte associe les subventions publiques à des investissements provenant de partenaires privés, philanthropiques, de la société civile ou d'investisseurs du secteur privé. Ces partenariats permettent d'amplifier les financements nationaux, d'encourager l'innovation et d'améliorer l'efficacité des programmes de santé. Ils peuvent inclure des systèmes de paiement en fonction des résultats, renforçant ainsi l'impact des investissements.

### **3.3.Instruments financiers innovants**

Des mécanismes comme les rachats de prêts, les fonds de contrepartie, les obligations à impact social, ou des dispositifs spécifiques à la vaccination (ex. IFFIm, AMC Pneumocoque) sont utilisés pour attirer des investissements privés dans la santé publique, en particulier dans les pays en développement. Ces outils permettent de sécuriser les financements à long terme et de mobiliser des capitaux importants.

### **3.4.Financement de l'innovation en santé numérique et médicale**

En France et en Europe, des dispositifs spécifiques comme le forfait innovation permettent une prise en charge dérogatoire et temporaire des dispositifs médicaux ou actes innovants, conditionnée à la réalisation d'études cliniques ou médico-économiques. Par ailleurs, des aides publiques, subventions régionales, appels à projets, concours et financements par des banques d'investissement (ex. Bpifrance) soutiennent le développement et la diffusion des innovations en santé numérique.

## **4. Les modes de financement et leurs critères de choix**

Les différentes méthodes de financement d'un projet d'investissement dans le secteur de la santé peuvent être regroupées en plusieurs catégories, combinant ressources publiques, privées et innovantes, selon la nature, l'envergure et les objectifs du projet.

#### 4.1. Les modes de financement

Les projets de santé, qu'ils soient publics ou privés, nécessitent des ressources financières importantes pour leur mise en œuvre, leur fonctionnement et leur pérennité. Dans un contexte de besoins croissants et de contraintes budgétaires, il existe différentes méthodes de financement permettant d'adapter les projets à chaque situation. Ces méthodes peuvent être classiques ou innovantes, nationales ou internationales.

##### 4.1.1. Financement interne (fonds propres)

Le financement interne se fait principalement à travers :

- **Autofinancement** : utilisation des bénéfices non distribués ou des réserves de trésorerie de l'entreprise ;
- **Apports en capital** : augmentation des capitaux propres par les actionnaires ou associés.

Ce mode ne génère pas de dette et préserve l'indépendance financière, mais peut limiter la croissance si les ressources internes sont insuffisantes.

##### 4.1.2. Financement externe par endettement

Le financement externe par endettement peut être de différentes manières :

- **Emprunt bancaire classique** : prêt à moyen ou long terme auprès d'une banque, avec remboursement du capital et paiement d'intérêts ;
- **Crédit-bail (leasing)** : location avec option d'achat de biens matériels (équipements, véhicules) ;
- **Affacturation et escompte** : financement à court terme basé sur la cession ou l'anticipation des créances clients ;
- **Prêt d'honneur** : prêt sans intérêts accordé souvent aux créateurs d'entreprise.

Ce mode permet de financer rapidement des besoins spécifiques, mais engendre un coût financier et des obligations de remboursement.

##### 4.1.3. Financement externe par capitaux propres (financement par actions)

Ce type de financement se fait à travers :

- **Capital-risque** : prise de participation par des investisseurs dans des entreprises innovantes à fort potentiel ;
- **Augmentation de capital** : levée de fonds auprès d'investisseurs privés ou publics ;
- **Crowdfunding (financement participatif)** : collecte de fonds via internet sous forme de dons, prêts (crowdlending) ou investissement en capital (crowdequity).

Ce mode dilue la propriété mais peut apporter des ressources importantes et un soutien stratégique.

#### 4.1.4. Subventions et aides publiques

Elles représentent les subventions d'investissement, les exonérations fiscales, les bonifications d'intérêts et les aides régionales ou sectorielles. Ces financements non remboursables soutiennent souvent des projets innovants ou d'intérêt public.

#### 4.1.5. Financement hybride

Le financement hybride ou Capital mezzanine et un financement intermédiaire combinant caractéristiques de la dette et des fonds propres, souvent utilisé pour la croissance ou le rachat d'entreprise.

Ces méthodes peuvent être combinées pour répondre aux besoins spécifiques de l'entreprise, en tenant compte du coût, du risque, de la flexibilité, de l'impact sur la gouvernance et de la durée du financement. Le choix dépend du projet, de la capacité financière, du stade de développement et des objectifs stratégiques.

### 5. Critères de choix d'une méthode de financement

De manière générale, le choix d'une méthode de financement pour un projet ou une entreprise repose sur plusieurs critères essentiels qui permettent d'adapter la source de financement à la situation spécifique et aux objectifs poursuivis. Ces critères incluent notamment :

- **La stratégie et les objectifs de l'entreprise ou du projet** : Le mode de financement doit être cohérent avec la vision à long terme, la croissance envisagée et les priorités stratégiques.
- **L'étape du cycle de vie** : Les besoins et capacités de financement varient selon que l'entreprise est en création, en phase de développement ou de maturité.
- **Le coût du financement** : Il s'agit d'évaluer le coût total (intérêts, commissions, frais annexes) et son impact sur la rentabilité du projet ou de l'entreprise.
- **Le niveau de risque et les garanties exigées** : Certains financements, notamment externes, requièrent des garanties (caution, hypothèque, nantissement), ce qui peut influencer le choix.
- **La capacité d'endettement et l'effet de levier** : Le recours à l'emprunt doit être équilibré pour ne pas fragiliser la structure financière et préserver la solvabilité.
- **La flexibilité et les modalités de remboursement** : La durée, les échéances et la possibilité d'adapter les remboursements selon la trésorerie sont des facteurs importants.
- **La simplicité et la rapidité d'obtention** : Certains financements internes sont plus simples à mobiliser, tandis que les financements externes peuvent nécessiter des démarches plus longues et complexes.

- **L'impact sur le contrôle et la propriété** : Le financement par fonds propres ou investisseurs externes peut diluer la propriété et impliquer un partage du contrôle de l'entreprise.

- **La nature des besoins financiers** : Selon qu'il s'agisse de besoins de trésorerie, d'investissement matériel, de développement ou d'innovation, certains modes de financement sont plus adaptés (ex. leasing pour équipements).

En synthèse, le choix d'une méthode de financement se fait en fonction d'un équilibre entre coût, risque, flexibilité, impact sur la gouvernance et adéquation aux besoins spécifiques du projet ou de l'entreprise. Une analyse approfondie de ces critères permet d'opter pour la solution la plus adaptée et durable.

### **Conclusion**

En conclusion, le financement des projets d'investissement dans le secteur de la santé repose sur une diversité de méthodes complémentaires, alliant ressources publiques, privées et mécanismes innovants. Cette pluralité permet de répondre aux besoins variés et spécifiques des projets, qu'ils soient axés sur l'innovation technologique, l'amélioration organisationnelle ou le développement d'infrastructures sanitaires. La réussite d'un projet dépend largement de la capacité à construire un modèle économique clair, viable et adapté au contexte, intégrant un équilibre entre financement stable, gestion rigoureuse et évaluation continue.

**Références bibliographique**

- AguerCIF.M & AguerCIF-Meziane.F « Le système de santé publique en Algérie. (Evaluation 1974-1989 et perspectives) » in revue du CREAD, n° 35-36, 3ème et 4ème trimestre 1993.
- Barral.E « Economie de la santé : faits et chiffres », édition Dunod, Paris, 1977.
- Basset.B & Chaperon.J & Frattini.M.O & Jarno.P & Keller.C « Hôpital et santé publique », édition ENSP, Rennes Cedex. 1999.
- Benachenhou.A « Le tiers-monde en jeu », CREAD, Alger, octobre 1981.
- Benamouzig Daniel, « L'économie de la santé sous surveillance médicale (1960-1990) », Histoire, médecine et santé [En ligne], 4 | automne 2013, mis en ligne le 01 décembre 2014, consulté le 10 octobre 2024. URL : <http://journals.openedition.org/hms/351> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/hms.351>
- Beresniak.A & Duru.G « Economie de la santé », 2eme édition Masson, Paris, 1994.
- Brahmia, B. « Economie de la santé », AlphaDoc, Constantine, 2023.
- Bouzit .A, Idalfahim .M, Liouaeddine .M & Elouardirhi .S (2024) « L'Économie de la Santé : Enjeux et Perspectives. », African Scientific Journal « Volume 03, Numéro 27 » pp: 0268 – 0282.
- Castiel.D « Economie et santé quel avenir, éditions Management Société, Paris, 1999.
- Castier.D « équité et santé », édition ENSP, Rennes Cedex, 1995.
- Chambaretaud, S. et Hartmann, L. (2004). Économie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles. Revue de l'OFCE, no 91(4), 235-268. <https://doi.org/10.3917/reof.091.0235>.
- Destanne de Bernis.G « Point de vue sur l'économie de la santé : quelques considérations sur le calcul économique appliqué à la santé » in revue française de la santé publique, N°05,1979.
- Djellal, F., Gallouj, C. et Gallouj, F. (2004). De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et nœud de réseaux Les différentes facettes de l'innovation hospitalière. Revue française des affaires sociales, 223-248. <https://doi.org/10.3917/rfas.041.0223>.
- Echaudemaison.C.D « Dictionnaire d'économie et de sciences sociales » édition Nathan, Paris, 1989.
- Flori, Yves-Antoine. (2002).Financement des politiques de santé. adsp n° 30. pp31-34. <file:///C:/Users/pc/Downloads/ad303134.pdf>

- Mebtoul, M. (2010). 1. La dimension sociopolitique de la production de santé en Algérie. Dans G. Cresson et M. Mebtoul *Famille et santé* (p. 19-30). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.mebto.2010.01.0019>.
- Mougeot.M « la Régulation du système de santé », édition la Documentation Française, Paris, 1997.
- OCDE (2023), *Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5108d4c7-fr>.
- Oufriha.F.Z « Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie », OPU, Alger, 1992.
- Oufriha.F.Z « Système de santé et population en Algérie », édition ANEP, Alger, 2002.
- Pineault, R., Goulet, L. (1995) Les indicateurs de santé : les utiliser, oui, mais ne pas en abuser. *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, 2(2), 140-150
- Raimondeau, J. (2021). Chapitre 4. Économie de la santé et système de santé. *L'épreuve de santé publique* (p. 79-108). Presses de l'EHESP. <https://stm.cairn.info/l-epreuve-de-sante-publique--9782810909452-page-79?lang=fr>.
- Riou Françoise. Santé publique et économie de la santé : ébauche d'un bilan. In: *Les Cahiers du LERASS*, n°22, 1991. Santé publique : esquisse d'un bilan. pp. 27-34. DOI : <https://doi.org/10.3406/sciso.1991.925>
- Safon Marie-Odile, « L'économie de la santé ». IRDES, Paris, septembre 2022
- *Système des Nations Unies en Algérie « Algérie : bilan commun de pays »*, Alger, septembre 2005.
- Tessier.S & Andreys.J.B & Ribeiro.M.A « Santé publique et santé communautaire » édition Maloine, Paris, 1996.

**Table des matières****Chapitre 1 : La nature, les caractéristiques et l'importance des services de santé**

Introduction.....	4
1. Nature des services de santé .....	4
2. Caractéristiques des services de santé.....	5
2.1. Accessibilité.....	5
2.2. Équité .....	5
2.3. Qualité .....	6
2.4. Délai et disponibilité .....	6
2.5. Soutien et approche holistique.....	6
3. Importance des services de santé .....	6
4. Défis et perspectives .....	8
<b>Conclusion .....</b>	<b>8</b>

**Chapitre 2 : Introduction conceptuelle à l'économie de la santé**

Introduction.....	9
1. Historique et définition .....	9
1.1. Origine et développement.....	9
1.1.1. Émergence aux États-Unis .....	9
1.1.2. Développement en France .....	10
1.1.3. Evolution des approches.....	10
1.2. Définition .....	11
1.3. Caractéristiques de l'économie de la santé.....	11
1.4. Objectifs de l'économie de la santé.....	13
2. Le marché des biens et services médicaux.....	14
2.1. Les caractéristiques du marché de la santé.....	14
2.1.1. Demande inélastique .....	14
2.1.2. Asymétrie d'information .....	14
2.1.3. Interdépendance entre offre et demande .....	14
2.1.4. Forte régulation gouvernementale.....	14
2.1.5. Technologie et innovation .....	15
2.1.6. Coûts élevés et financement diversifié .....	15
2.1.7. Vieillesse de la population .....	15
2.1.8. Éthique et déontologie .....	15
2.1.9. Hétérogénéité des services .....	15

2.2. Les acteurs du marché de la santé.....	16
2.2.1. Professionnels de la santé.....	16
2.2.2. Établissements de santé.....	16
2.2.3. Industriels et fournisseurs.....	16
2.2.4. Assurances et payeurs.....	17
2.2.5. Acteurs institutionnels.....	17
2.2.6. Patients et usagers.....	17
2.2.7. Chercheurs et universitaires.....	17
Conclusion.....	17

### **Chapitre 3 : Analyser la demande de services de santé**

Introduction.....	18
1. Comprendre la notion de demande en santé.....	18
1.1. Le Besoin en santé.....	18
1.2. La demande en santé.....	19
2. Les facteurs d'influence.....	19
2.1. Facteurs médicaux.....	19
2.2. Facteurs économiques .....	19
2.3. Facteurs psychosociologiques.....	20
2.4. Facteurs socioéconomiques .....	20
2.5. Facteurs culturels et comportementaux .....	20
Conclusion.....	20

### **Chapitre 4 : Analyser la production et l'offre de services de santé**

Introduction.....	21
1. Comprendre l'offre de services de santé.....	21
1.1. Définition de l'offre en santé.....	21
1.2. Acteurs de l'offre en santé.....	21
1.3. Types d'offres de soins.....	22
1.4. Enjeux économiques et managériaux de l'offre de services de santé.....	22
2. La production des services de santé.....	22
2.1. Caractéristiques de la production en santé.....	23
2.1.1. Caractère immatériel et complexe de la production.....	23
2.1.2. Production intégrée et multidisciplinaire.....	23
2.1.3. Caractère aléatoire et incertain de la demande.....	23
2.1.4. Production collective et domestique.....	24

2.1.5. Spécificités économiques et organisationnelles.....	24
2.1.6. Difficulté de mesure de la productivité.....	24
2.2. La fonction de production en santé .....	25
2.2.1. La formule de la fonction de production en santé.....	25
2.2.2. Caractéristiques de la fonction de production en santé.....	25
2.2.3. Utilisation de la fonction de production en santé.....	26
3. Évaluation de la productivité dans les services de santé.....	26
3.1. Objectifs de l'évaluation de la productivité.....	26
3.2. Méthodes et indicateurs utilisés.....	27
3.2.1. Mesure de la productivité globale et partielle.....	27
3.2.2. Indicateurs clés de performance (ICP).....	27
Conclusion.....	27

### **Chapitre 5 : Tarification des services de santé**

Introduction.....	28
1. Définition et objectifs.....	28
1.1. Définition.....	28
1.2. Objectifs.....	29
2. Les modèles de tarification.....	30
2.1. Tarification à l'acte (Fee-for-Service).....	31
2.2. Tarification à l'activité (T2A) ou par cas .....	31
2.3. Tarification forfaitaire par épisode de soins ou pathologie .....	32
2.4. Budget global (budget global ou enveloppe fermée) .....	32
2.5. Paiement à la performance (P4P – Pay for Performance) .....	32
2.6. Prix de journée .....	33
2.7. Modèle multiplicatif pour Hospitalisation à Domicile (HAD) .....	33
3. Les catégories de prestations tarifées.....	34
3.1. Prestations couvertes par la sécurité sociale (CNAS).....	34
3.2. Catégories tarifaires selon la situation des patients .....	34
3.3. Types d'établissements et prestations associées.....	35
3.4. Prestations spécifiques et programmes régionaux .....	35
4. Les modèles de calculs de la tarification.....	36
4.1. Modèle de calcul « de bas en haut » (Bottom-up costing) .....	36
4.2. Méthode ABC (Activity-Based Costing) .....	36

4.3. Modèle de tarification à l'activité (T2A).....	37
4.4. Modèle de coûts variables (coûts partiels).....	37
4.5. Modèle multiplicatif pour tarification en HAD (Hospitalisation à Domicile).....	38
4.6. Outils informatisés et tableurs.....	38
Conclusion.....	39

### **Chapitre 6 : Rendement économique des services de santé**

Introduction.....	40
1. Le rendement économique en santé.....	40
1.1. Définition du concept.....	40
1.2. Objectifs du rendement économique en santé.....	40
1.3. Types de rendement.....	41
2. L'évaluation économique en santé.....	42
2.1. Définition du concept.....	42
2.2. Caractéristiques de l'évaluation économique en santé.....	43
2.3. Objectifs de l'évaluation économique en santé.....	44
3. Méthodes d'évaluation de l'efficience.....	45
3.1. Analyse des coûts.....	45
3.2. Minimisation des coûts.....	45
3.3. Analyse coût-efficacité (ACE).....	46
3.4. Analyse coût-utilité (ACU).....	46
3.5. Analyse coût-bénéfice (ACB).....	46
3.6. Autres approches complémentaires.....	46
4. Importance du rendement économique dans la gestion des systèmes de santé.....	47
Cnclusion.....	48

### **Chapitre 7 : Coûts des soins et de l'assurance maladie**

Introduction.....	49
1. Comprendre les coûts.....	49
1.1. Définition des coûts en santé.....	49
1.2. Les types de coûts.....	50
1.2.1. Coûts directs.....	50
1.2.2. Coûts indirects.....	50
1.2.3. Coûts fixes et coûts variables.....	50

1.2.4. Coûts complets et coûts incrémentaux.....	51
1.2.5. Coûts moyens et coûts marginaux.....	51
1.3. Tendances des coûts en santé en Algérie.....	52
2. Les coûts de l'assurance maladie.....	53
2.1. L'assurance maladie.....	53
2.2. Le cas de l'Algérie.....	53
2.2.1. Structure des coûts et couverture.....	54
2.2.2. Cotisations et financement .....	54
2.2.3. Évolution et réformes.....	54
2.2.4. Dépenses et place dans l'économie .....	54
Conclusion.....	55

### **Chapitre 8 : Indicateurs de l'état de santé**

Introduction.....	56
1. Définition et caractéristiques des indicateurs de l'état de santé.....	56
1.1. Définition.....	56
1.2. Caractéristiques.....	56
2. Les types d'indicateurs.....	57
2.1. Indicateurs de structure.....	57
2.2. Indicateurs de processus.....	57
2.3. Indicateurs de résultats .....	57
2.4. Indicateurs d'état de santé .....	57
2.5. Indicateurs de déterminants de santé.....	58
2.6. Indicateurs épidémiologiques et démographiques.....	58
2.7. Indicateurs de moyens .....	58
3. Utilisation des indicateurs.....	59
4. Calcul des indicateurs.....	60
4.1. Calcul des taux simples.....	60
4.2. Standardisation des taux .....	60
4.2.1. Standardisation directe.....	60
4.2.2. Standardisation indirecte.....	60
4.3. Calcul des indicateurs composites.....	61
4.4. Méthodes spécifiques pour certains indicateurs.....	61
4.5. Qualité et validation des données.....	61

5. Domaines d'application.....	61
5.1. Santé publique .....	62
5.2. Gestion et planification des systèmes de santé .....	62
5.3. Comparaisons internationales .....	62
5.4. Recherche en épidémiologie et sciences sociales .....	62
5.5. Information et sensibilisation du public .....	62
6. Limites d'utilisation.....	63
6.1. Limites liées à la nature des indicateurs .....	63
6.2. Limites liées aux données .....	63
6.3. Limites méthodologiques et d'interprétation .....	64
6.4. Limites spécifiques aux indicateurs subjectifs.....	64
Conclusion.....	64

### **Chapitre 9 : Étudier la faisabilité d'un investissement dans des projets de santé**

Introduction.....	65
1. Introduction à l'investissement dans le secteur de la santé.....	65
1.1. Secteur stratégique et vital.....	65
1.2. Une opportunité à fort impact social et économique.....	65
1.3. Les spécificités du secteur de la santé .....	66
2. Identifier les besoins et analyser la demande.....	67
2.1. Identifier le besoin de santé.....	67
2.2. Analyser la demande de soins.....	67
2.3. Méthodologie d'analyse.....	68
3. Etude de la faisabilité.....	68
3.1. Objectifs de l'étude de faisabilité.....	68
3.2. Les étapes de l'étude de faisabilité.....	69
3.2.1 Identification des objectifs précis .....	69
3.2.2. Étude de l'environnement du projet.....	69
3.2.3. Définition et dimensionnement du projet.....	69
3.2.4. Analyse financière et budgétaire .....	70
3.2.5. Analyse des risques et gestion.....	70
3.2.6. Consultation des parties prenantes.....	70
3.2.7. Formalisation et présentation du dossier.....	70
Conclusion	

**Chapitre 10 : Méthodes de financement des projets de santé**

Introduction.....	72
1. Principes fondamentaux des projets en santé.....	72
1.1. Mobilisation adéquate et diversifiée des ressources .....	72
1.2. Allocation transparente et équitable des ressources .....	72
1.3. Gestion rigoureuse et efficiente des fonds.....	72
1.4. Soutenabilité économique et évaluation continue.....	72
1.5. Coordination et partenariat entre acteurs.....	73
2. Les sources traditionnelles de financement .....	73
2.1. Le financement public .....	73
2.2. Fonds des ménages (paiements directs et mutualisation) .....	73
3.2. Financement mixte et partenariats innovants.....	75
3.3. Instruments financiers innovants.....	75
3.4. Financement de l'innovation en santé numérique et médicale. ....	75
4. Les modes de financement et leurs critères de choix.....	75
4.1. Les modes de financement.....	76
4.1.1. Financement interne (fonds propres).....	76
4.1.2. Financement externe par endettement.....	76
4.1.3. Financement externe par capitaux propres (financement par actions).....	77
4.1.4. Subventions et aides publiques.....	77
4.1.5. Financement hybride.....	77
5. Critères de choix d'une méthode de financement.....	77
Conclusion .....	78
Références bibliographique.....	79
Table des matières.....	81