

## Besoin et demande de santé

« marché de la santé »



### 1. Les besoins de soins d'une population

L'objectif prioritaire d'un système de soins :

- Mettre à la disposition de la population une offre de soins correspondant à ses besoins réels → soigner tous les individus de façon équitable et efficace.



→ Il est nécessaire d'évaluer les besoins réels d'une population : **difficile**.

- Il existe 03 sortes de besoins de soins : ressentis, réels et satisfaits.

#### 1.1. Les besoins médicaux ressentis

- L'individu se considère anormal par rapport à la « norme » des autres,
- L'individu réalise tout à coup un décalage entre le comportement « normal » de son corps ou de son esprit, et son comportement actuel.

→ Il n'y a **aucun parallélisme** entre le besoin ressenti et la gravité du cas, et un besoin de soins ressenti n'aboutit pas toujours à une demande de soins

- Le besoin de soins est très subjectif et ne correspond pas toujours à la réalité médicale ex : de la médicalisation d'un problème social, ou ne correspond pas toujours à un besoin médical de nature « organique ».

#### Besoins subjectifs

- Portés par les personnes, les populations
- varient d'un individu à l'autre
- peuvent être influencés par les campagnes de prévention

#### Besoins objectifs

- objectivés par des indicateurs, diagnostiqués par des outils standardisés.
- Définis par les professionnels de santé
- ne correspondent pas forcément aux réponses du système de santé aux besoins des populations

#### 1.2. Les besoins médicaux réels

- Sont bien difficiles à évaluer, car si presque la plupart des besoins ressentis sont réels, beaucoup de besoins réels ne sont pas ressentis par les individus :
- Soit parce qu'aucun signe n'a alerté le malade sur son état de santé qu'il juge normal,

- Soit parce qu'il **n'a pas reçu l'éducation sanitaire** nécessaire à la compréhension de certains hauts risques pathologiques actuellement connus, et qui risquent d'entraîner une pathologie évidente dans quelques temps s'il ne modifie pas son comportement individuel (tabagisme, alcoolique, suralimentation),
- Soit encore parce qu'il **n'est pas au courant des dangers** de certaines pollution de l'environnement, de plus en plus nombreuses dans les sociétés industrialisées..
- Soit enfin parce que la **science médicale** ne sait pas encore tout sur tout, et qu'il reste des pathologies dont on **ne connaît pas** ni la cause, ni la thérapeutique.

Donc :

Les besoins médicaux **réels** ne seront donc connus que grâce :

- Au développement de **la recherche scientifique et technique**
- Au **développement de la prévention** (éducation sanitaire, détection précoce des maladies)
- Et à celui de la **recherche épidémiologique** d'autre part.

### 1.3. Les besoins médicaux satisfaits

- Sont exprimés par la **consommation médicale** (nombre d'appels au médecin, nombre de médicaments prescrits, nombre de journée d'hospitalisation, ...), encore qu'il y ait parfois **surconsommation** (ex : consommation de certains médicaments excédant les besoins véritables)
- Pour que les besoins de soins, ressentis et demandés soient suivis d'une consommation médicale, il faut que les **moyens** de soins soient **suffisants** : le passage de la demande à la consommation dépend beaucoup de **l'offre**.
- Il faut tenir compte des besoins ressentis qui sont **exprimés et entraînent, par ex une consultation médicale**, mais pour lesquels les prescriptions du médecin ne sont pas suivies.

## 2. Les facteurs de variation des besoins de soins

### 2.1. Les facteurs médicaux proprement dits

- Ce sont les progrès des connaissances médicales et les modifications des processus morbides : certaines maladies n'existent plus en France, comme la peste, d'autres devrait avoir disparu comme le tétanos et la poliomyélite, mais à l'inverse, des maladies se développent de plus en plus comme la pathologie cardio-vasculaire, la pathologie psychiatrique.
- Ils se rapprochent des facteurs socio-économiques et influent sur la demande de soins qui est liée au degré d'instruction non seulement dans le domaine sanitaire et social, mais sur le plan général de l'alphabétisation et de la scolarisation.
- Ainsi dans les pays en voie de développement la demande de soins dépend beaucoup des coutumes, des traditions, des croyances ; dans les pays dits « développés », on sait que plus la civilisation se développe, plus il y a baisse de la tolérance à la souffrance, et moins bien sont supportées les petites infirmités.

### 2.3. Les facteurs géographiques et climatiques

- Ils influent sur la pathologie, bien différente en pays tropical et en pays froid ;
- On connaît la plus grande fréquence de certaines maladies dans certaines races, comme le déficit érythrocytaire en enzyme, le G6PD, plus volontiers retrouvé au pourtour de la méditerranée et chez les israélites.

### 2.4. Les facteurs démographiques

- Ils sont essentiels et l'appréciation de besoins médicaux passe obligatoirement par l'étude de la démographie de la natalité et de la fécondité d'une population.
- L'importance des phénomènes de migration de population, caractérisés, par un relatif exode rural et un accroissement de la population citadine ;
- L'importance de la démographie des travailleurs immigrés, qui ont des conditions sanitaires, en générale, inférieures à la moyenne de la population autochtone.

## 2.5. Les facteurs socio-économiques

- Ils influencent de façon considérable sur les besoins de soins de la population, non seulement sur les besoins réels, mais aussi sur les besoins ressentis et sur la demande de soins.
- Ces facteurs ont été particulièrement étudiés en France par l'équipe de chercheurs, au cours de nombreuses enquêtes faites depuis plus de 10 ans sur la consommation médicale des français.
- Selon l'âge : L'âge est le facteur le plus déterminant, et le phénomène principal est la consommation très élevée des personnes âgées.

Le niveau de la consommation varie avec l'âge selon une courbe en U, le minimum étant situé entre 10 et 20 ans. Pour les femmes le niveau s'élève aux âges de la maternité (entre 20 et 40 ans).

- Selon le sexe : Les femmes dépensent, dans l'ensemble, plus que les hommes pour soigner (la gynécologie et l'obstétrique)
- Selon la catégorie socioprofessionnelle: Les agriculteurs dépensent moins pour se soigner que les ouvriers et les commerçants qui, eux-mêmes, dépensent moins que les cadres supérieurs et les professions libérales. Les catégories les plus favorisées consomment d'avantage de médecine de ville et moins de soins hospitaliers.
- Selon le degré d'instruction: Plus les individus sont instruits, plus ils sont sensibles aux anomalies de leur état de santé et moins ils hésiteront à consulter, car ils seront capables de se projeter vers l'avenir, et donc de comprendre l'importance de la prévention des maladies.
- Selon le type de travail: l'absentéisme pour maladie est plus élevé chez les travailleurs aux tâches répétitives que chez les ouvriers spécialisés, et plus important chez les travailleurs isolés que chez ceux qui travaillent en équipe.
- Selon le lieu de l'habitat: Ainsi les populations des villes consomment plus de soins que celles des campagnes.
- Selon la proximité de l'offre des soins: En règle générale la consommation décroît à mesure que la distance au producteur de soins augmente. Or, si les généralistes sont relativement bien répartis sur le territoire, les spécialistes sont implantés de façon moins homogène, et le milieu rural et les banlieuses se trouvent désavantagés.
- Selon le nombre de personne vivant au foyer: Quand on considère la dépense par individu, les ménages de 1 à 2 personnes détiennent le plus haut pourcentage de gros consommateurs de soins ; les familles très nombreuses consomment proportionnellement beaucoup moins.
- Selon l'information sur les possibilités de la médecine et l'opportunité d'y faire appel.
- Selon le temps disponible: La mère de famille nombreuses n'aura guère le temps de consulter pour elle-même... en tout cas pour de « petites choses »
- Selon le revenu disponible par ménage: diminution du nombre des consultations en fin de mois, même lorsque les soins sont remboursés... car il faut avancer la somme nécessaire. Ceci n'est pas vrai en chirurgie où existe le « tiers payant »

## 2. Demande de santé

- La demande de santé est le processus par lequel les patients affichent un comportement de consommation des services de santé. Elle est le fait exclusif des patients (consommateurs).
- A ce niveau, on ne se pose pas la question qui finance cette demande ?
- Dans de nombreux pays, des institutions comme les caisses de sécurité sociale, les organisations non gouvernementales (ONG) ou l'état « achètent » des services de santé pour les nécessiteux. Cette demande institutionnelle est considérée comme une demande « dérivée » de la principale demande des patients.
- La notion générale de demande de santé fait intervenir les concepts de besoin, demande et utilisation des services de santé.

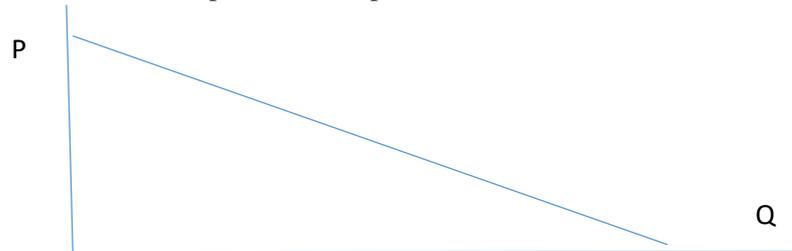
### 3.1.1. Besoin de santé

- L'approche par le besoin de santé peut être abordée par des points de vue différents.
- Face à un problème de santé, le patient et le médecin traitant peuvent avoir des perceptions différentes.
- Le patient : à besoin de soins (a), n'a pas besoin de soins (b)

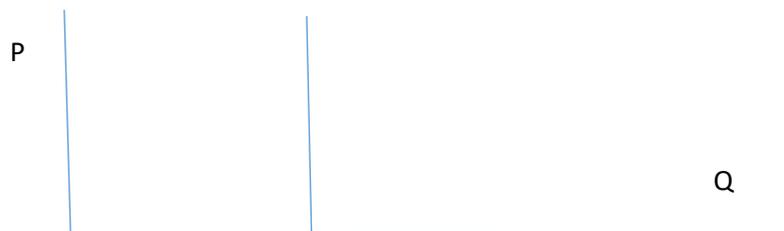
- Le médecin : le patient n'a pas besoin de soins (a'), le patient a besoin de soins (b')
- Il y a problème lorsque les perceptions ne sont pas confondues ou ne coïncident pas. Ce sont les situations de croisement de (a) et de (a') et de (b) et de (b').
- L'approche par les besoins se fonde sur l'hypothèse que le patient est dans l'impossibilité de prévoir et d'exprimer son état de santé.
- Le besoin de santé ne peut être défini sous cette hypothèse que médicalement.

### 3.1.2. Demande de santé

- En économie, le consommateur agit selon le principe de rationalité.
- Il va demander des soins en fonction de ses préférences et en fonction du prix. Sa courbe de demande peut prendre l'allure classique suivante, c'est-à-dire avec une pente négative étant donné que l'utilité décroît avec la satisfaction. Plus le prix baisse et plus le consommateur a tendance à demander plus.



- Si l'on tient compte maintenant de l'hypothèse que la demande de soins est « inélastique », c'est-à-dire que face à un problème de santé on est **insensible au prix**, la courbe devient une verticale.



### 3.2. Les facteurs déterminants de la demande

- Face à l'incapacité d'évaluer avec précision les besoins de santé, il y a forcément décalage entre le besoin de santé et la demande de santé exprimée par le consommateur.
- C'est pourquoi, dans de nombreux pays, la planification des moyens de la santé a été basée le plus souvent sur les besoins de santé perçus médicalement par les professionnels. La détermination de ces besoins est fondée sur l'identification des facteurs déterminants de la demande de soins.

#### 3.2.1. La morbidité

- De nombreuses études ont démontré que la morbidité constitue un déterminant essentiel qui provoque la demande de soins et le recours à la consommation médicale.
- Cette morbidité est déterminée selon le sexe et l'âge.
- Des études ont démontré que les jeunes, les personnes âgées et les femmes sont les groupes de population qui constituent les trois grands utilisateurs des services de santé.

#### 3.2.2. Les facteurs économiques

- Ils sont au nombre de deux : les revenus et les prix.
- Il est admis que dans un système libéral, la demande de soins est fonction du niveau des revenus et les prix. Plus les revenus sont élevés et plus la demande de soins est élevée.
- En face, les prix jouent un rôle important. Plus ils sont bas, plus la consommation médicale est élevée. À l'inverse des prix élevés constituent des barrières à la consommation médicale.

#### 3.2.3. Les facteurs psycho-sociologiques

On utilise habituellement les facteurs suivants :

- Catégories socio-professionnelle,

- Niveau d'instruction
- Structure du ménage,
- Lieu de résidence
- Mode de vie

### Des études empiriques ont démontré que :

- Les cadres et professions libérales consomment plus que les catégories inférieures. Toutefois, les revenus élevés procurent un niveau de vie appréciable qui agit positivement sur l'état de santé et il y a tendance à une consommation moindre de services médicaux.
- Le niveau d'instruction est un facteur stimulant de la consommation médicale. Cependant de la même façon que les revenus élevés, plus on a un niveau d'instruction élevé et plus on prend mieux soin de notre santé et moins on consomme de services de santé.
- À chaque fois que la taille du ménage est réduite, la consommation médicale est élevée. A l'inverse, les familles nombreuses consomment moins de services de santé.
- Il y a une corrélation positive entre le lieu de résidence et l'emplacement du fournisseur de soins. Leur rapprochement favorise la consommation médicale. On dit que l'offre crée la demande.
- Les types de modes de vie (consommation de tabac, d'alcool, intensité du travail, urbanisation, industrialisation, pollution...) favorisent la demande de soins. A l'inverse, le sport, l'hygiène de vie réduisent la consommation médicale.
- D'une manière générale, la demande de santé demeure fonction de plusieurs variables :  $D = f(P, R, PS, O...)$

Cette demande est fonction du prix (P), du revenu (R), de la protection sociale (PS), de l'offre (O) et d'autres déterminants encore.

- Les analyses statistiques multivariées de la demande de soins peuvent isoler l'influence de chaque variable.
- En matière d'analyse de la demande, il est utile de préciser la notion fondamentale d'élasticité.
- Le concept d'élasticité est abondamment utilisé en économie. Il exprime le rapport de variation entre la variation de deux grandeurs.

Il y a deux sortes d'élasticité :

- L'élasticité-revenu : c'est la variation relative de la quantité demandée sur la variation relative du revenu
- L'élasticité-prix : c'est la variation relative de la quantité demandée sur la variation relative des prix.
- L'élasticité est donc un rapport entre la variation relative de deux grandeurs. L'élasticité mesure la sensibilité de réaction des quantités demandées à une variation soit de prix soit de revenu.
- Etant donné que la courbe de la demande a une pente négative, la valeur est d'un signe (-) . On considère donc la valeur absolue. par ex : une augmentation des prix de 1% entraînant une diminution de -2% des quantités demandées. Au lieu de -2 on prendra 2
- Elasticité : l'exemple de la consommation des produits de luxe.

Inelasticité : l'exemple de la consommation des produits de base comme le pain.

- En d'autres termes la demande de santé est considéré comme une demande faiblement inélastique lorsque l'accès est gratuit ou la couverture sociale assez développés.
- Par contre dans un système privé d'accès aux soins, la demande de santé peut être élastique à la fois aux revenus et aux prix (les pauvres ne peuvent se payer des soins coûteux lorsque la variation relative des prix est importante).

**Mais le domaine de la santé n'est pas soumis à la loi du marché « classique »**

- **Prix règlementés**
- **Assurance Maladie**
- **Services et produits de santé = produits soumis à une réglementation**
- **Etat de santé ≠ bien consommable**
- **Soins de santé = biens essentiels (Droit à la santé)**

