

La Santé et l'économie : Perspective des Théorie Economiques et Intégration de l'Economie de la santé

The Health and Economy : Perspectives of Economic Theories and Integration of Health Economics

FAHMI Asmaa

Doctorante

Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales souissi
Université Mohammed V-Maroc
Laboratoire de Recherche Analyse Economique et Modélisation
(LEAM)

ECHAOUI Abdellah

Enseignant chercheur

Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et sociales souissi
Université Mohammed V-Maroc
Laboratoire de Recherche Analyse Economique et Modélisation
(LEAM)

Date de soumission : 08/02/2024

Date d'acceptation : 04/04/2024

Pour citer cet article :

FAHMI.A & ECHAOUI.A.(2024) « La Santé et l'économie : Perspective des Théorie Economiques et Intégration de l'Economie de la santé », Revue Française d'Economie et de Gestion «Volume 5 : Numéro 4» pp : 413 – 433.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International License



Résumé

Le secteur de la santé est un secteur de nature spécifique duquel on devrait l'analyser dans une optique distinctive, vu les caractéristiques économiques des services médicaux à savoir les biens, la notion des besoins, les prix, le marché et la gestion des coûts. En outre les théories économiques peuvent être complémentaires dans le but d'inciter les économistes de santé de mettre en place des programmes de santé efficaces. Toutefois, l'objectif de ce travail est déterminé le rôle des théories économiques (la théorie de l'agence, la théorie des conventions et la théorie évolutionniste) dans l'analyse de la relation entre la santé et l'économie, ainsi éclairer les choix individuels et collectifs en matière de santé. De même mettre en exergue l'utilité des concepts économiques et leurs capacités à faire comprendre le système de santé et guider le développement de la politique de santé

Mots clés : « la santé ; le développement économique ; le capital humain ; les théories économiques ; l'économie de la santé ».

Abstract

The healthcare sector presents specific and unique economic characteristics that require distinct analyses, particularly regarding the concepts associated between economics and the healthcare sector, such as goods, needs, supply, and demand. Additionally, economic theories can complement each other to encourage healthcare economists to implement effective healthcare programs. The objective of This work is to determine the role of economic theories (agency theory, convention theory, and evolutionary theory) in analyzing the relationship between health and the economy, there by shedding light on individual and collective choices in healthcare. Similarly, it aims to highlight the utility of economic concepts and their ability to comprehend the healthcare system and guide health policy development.

Keywords : « health ; economic development ; human capital ; economic theories ; health economic ».

Introduction

La santé depuis longtemps est reconnue comme un facteur crucial de la croissance et de bien-être social (Aboubacar et Xu, 2017) qui souligne d'après son étude que les soins de santé sont indispensables dans la région de l'Afrique subsaharienne, étant perçus comme une nécessité plutôt qu'un privilège. La santé est un bien de consommation unique qui vise à satisfaire le bien-être de la population, se distinguant ainsi des autres biens de consommation. En effet ce qui confère à la santé un cadre spécifique et impérieux c'est son impact significatif sur le capital humain en termes d'état de santé. Dans ce sens, l'état de santé de la population est un facteur crucial adoptant un rôle déterminant dans l'économie qu'on pourrait la considérer comme une pierre angulaire et un moteur de développement économique. De plus, d'un point de vue économique, la santé permet au capital humain en bonne santé de générer des revenus sur le marché du travail, contribuant ainsi à la croissance économique.

Toutefois, certains économistes considèrent les dépenses de santé comme un investissement, car l'amélioration de la santé pourrait engendrer des répercussions positives sur la croissance économique et la richesse nationale.

Également l'amélioration de l'espérance de vie et le recul du taux de mortalité grâce à l'amélioration des conditions de vie, le progrès technique et l'efficacité de la médecine, stimulent le développement économique et social grâce à l'augmentation du taux de productivité et le taux d'épargne. Par ailleurs, les relations entre la santé et l'économie reste complexe, nombreuses et source de pressions et tension pour chaque pays, toutefois les systèmes de santé et leurs coûts sont au cœur des débats politiques et économiques dans tous les pays.

Réciproquement on ne pourrait pas nier le rôle de la croissance économique en matière de l'amélioration de condition de vie, par le développement de l'infrastructure notamment la construction des hôpitaux, écoles, innovations médicales et la protection sociale à travers l'assurance maladie. En outre, les relations entre la santé et l'économie sont complexes et nombreuses, et les systèmes de santé ainsi que leurs coûts sont au cœur des débats politiques et économiques dans tous les pays. Dans ce contexte, étant donné l'importance de la santé pour l'économie, il est essentiel de mettre l'accent sur l'approche économique dans le domaine de la santé. Dans ce cadre, **quel est donc le rôle des principales théories économiques dans l'analyse de la relation entre santé et économie, et comment ces théories éclairent-elles les choix individuels et collectifs en matière de santé ? Comment les concepts économiques**

peuvent-ils être appliqués pour mieux comprendre les systèmes de santé et guider le développement de politiques de santé ?

En effet notre présent travail fera référence dans un premier lieu aux contributions théoriques et empiriques visant à dévoiler et démontrer la relation entre la santé et l'économie, aussi fera appel à des théories économiques qui veuillent à expliquer cette relation dans le cadre conceptuel, tout en exposant les points de rencontres et de divergences. Également cette contribution se propose de mettre en exergue l'économie de la santé comme nouvelle discipline en exposant son histoire et ses objectifs.

1. SYNERGIE ENTRE SANTE ET ÉCONOMIE : THEORIES ET EPREUVES EMPIRIQUES

1.1 Lien entre l'économie et la santé : cadre théorique

L'économie ne se limite pas à la gestion du bien être personnel, pourtant c'est une science qui s'intéresse à la fois à la gestion des ressources en situation de rareté, qui implique parfois le renoncement des autres alternatives possible. En outre l'économie vise à définir en parallèle les conditions de productions et d'échange des biens et services. L'économie est la science des choix, comme nos ressources sont rares donc il faut penser à les allouer d'une manière plus efficace, c'est-à-dire d'une manière satisfaisant les désirs et les défis humains. (Raimondeau, 2018).

L'organisation mondiale de la santé définit la santé comme : un état de complet bien être-physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (Préambule à la constitution de l'OMS, 1946). Dans ce sens (**lapièrre,2013**) souligne que le terme de santé donne une dimension très supérieure à un simple état physique ou mental d'un individu, puisqu'il introduit des traits spécifiques à chaque personne, également englobe le contexte dans lequel une personne évolue remembre divers éléments à savoir : son cadre sanitaire, sa situation économique et son milieu culturel et politique. Ces facteurs agissent pour façonner l'expérience individuelle, influençant ainsi la santé, les opportunités et la liberté d'action.

Les liens entre santé et économie sont complexes, nombreux et même sources de tensions. Les économistes s'intéressent particulièrement au rôle crucial de la santé dans le bien-être d'individu et le travail par le biais de la relation entre la démographie, population et économie. En retour la croissance constitue la base de développement économique et sociale favorisée par l'amélioration de la santé de la population (**Fargeon,2014**).

Compte tenu de la nature spécifique de la sphère de la santé et le traitement caractéristiques économiques des services médicaux en tant que marchandise posent un défi aux approches et aux instruments économiques. Cela constitue également un terrain propice à l'évaluation de la pertinence et de la solidarité des concepts économiques fondamentaux. Ainsi, se pose la question de la discipline économique dans son ensemble (Béjean, 1994). Cette réflexion s'étend en particulier les aspects de rationalité qui sous-tendent les actions dans le domaine de la santé, également les mécanismes de coordination des actions tels que les prix, les normes, la confiance et croyances et même les valeurs.

La commission Macro-économique de l'OMS en 2001 récapitule les apports des politiques de santé en affirmant que « l'amélioration de l'état de santé des populations constitue un input décisif pour la réduction de la pauvreté, la croissance économique et le développement à long terme » WHO, 2001. D'après cette lecture il est important de souligner qu'il existe une relation significative entre la santé et l'économie, tout en appuyant que sans santé il est difficile voire impossible de participer à la vie sociale. Rappelant que la pandémie de covid 19 a évoqué la nature du « bien » « santé » qui conditionne la vie sociale ayant le pouvoir de mettre l'économie en suspens, comme cela a été spectaculairement démontré par les stratégies de confinement.

(Batifoulier et Silva, 2021) ont souligné que l'analyse économique standard ne voit en cela qu'une simple évaluation. En se concentrant sur le coût que la société serait disposée à supporter pour contenir l'épidémie, elle demeure fixée sur la perspective d'un compromis entre l'économie et la santé, comme si l'on pouvait échanger la prospérité financière contre la vie elle-même. Rarement elle explore le genre d'économie ou de politique économique qui pourrait offrir une protection optimale à la santé de la population, ni ne s'interroge sur l'étendue de la réduction des inégalités compatible avec l'accès aux soins.

En faisant un retour au milieu du XIX^e siècle, avec le courant de pensée l'hygiénisme né en XVIII^e il se développe dans une société malade où la tuberculose et l'alcoolisme étaient endémiques, également les épidémies de pestes (il s'agit d'une maladie répandue chez les humains et les animaux, provoquée par la bactérie *Yersinia pestis*, identifiée par Alexandre Yersin de l'Institut Pasteur en 1894) et choléra faisant rage. De même les guerres bouleversant les pays européens. Ce courant stipule que dans une société une amélioration du milieu de vie des humains entraîne une amélioration de leur santé, toutes catégories sociales confondues.

En 1840, grâce au tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les industries cotonnière, lainière à Sedan et de soie en Lyon, toutefois les résultats de Villermé mettent en évidence les conditions de travail entre les trois industries. Dans ce sens les conditions de travail

dans l'industrie cotonnière varient en fonction des secteurs et des localités, avec des disparités importantes entre les travailleurs en particulier ceux des filatures mécaniques, travaillent souvent dans des ateliers communs, exposés à des conditions insalubres.

Les ouvriers, en particulier à Lille et dans le Haut-Rhin, peuvent faire face à une indigence extrême, avec des logements médiocres, une mauvaise alimentation et des problèmes de santé. En revanche, les ouvriers des manufactures d'indienne, en général, bénéficient de conditions plus favorables avec des journées moins longues et des salaires plus élevés. Les travailleurs des filatures mécaniques, en revanche, sont souvent confrontés à des salaires faibles, à des conditions de travail insalubres et à des problèmes d'ordre et d'économie. Or pour l'industrie lainière à Seden exposant des conditions de travail relativement meilleures que l'industrie cotonnière, avec des variations significatives en fonction des métiers, des localités et des spécificités locales.

Finalement l'industrie de soie à Lyon les travailleurs bénéficiaient de salaires plus élevés, de meilleures conditions de vie et d'une meilleure santé, en partie grâce à la nature du matériau, au climat et au travail en famille. De ce fait Villermé dévoile les relations entre les conditions de travail, faiblesse de salaires et mauvais état de santé de prolétariat (**Fargen,2014**).

De ce fait, on pourrait souligner que l'investissement public est souvent rentable économiquement sur les plans individuelles et collectifs. Toutefois, il est intéressant d'appuyer que les politiques de santé sont également parmi les éléments du capital social d'un pays, de même sont un facteur essentiel de cohésion sociale, politique et de la performance globale.

1.2 Lien entre l'économie et la santé : cadres empiriques

Il existe une vaste littérature empirique ayant pour objectif d'analyser la relation entre la santé et l'économie. Toutefois la santé est analysée dans l'optique de l'état de santé de l'individu, la population, or la santé est un carrefour d'une multiplicité de facteurs environnementaux sociaux et économiques, psychologiques et des interrelations sont présentes entre eux. Dans ce sens (**Rossier-Bisaillon et al. 2024**) affirme que les défis économiques en matière de la finance de système de la santé au niveau du Québec, il devient important de réduire la pression sur ce dernier, ajoutant plus de 1.1 million d'adultes sont atteints d'au moins deux maladies chroniques (diabète de type 2/3/4 et l'hypertension). Toutefois ces maladies chroniques ont un impact majeur sur les finances publiques et l'économie.

Dans ce contexte, plusieurs travaux empiriques abordent la contribution de la santé à l'économie. Cependant, le choix des variables diffère d'une étude à l'autre, identiquement au

changement de la situation économique qui varie d'un pays à l'autre. Malgré ces divergences, ces travaux cherchant à déterminer l'impact de l'état de la santé sur l'économie.

D'après (**Aghion et al. 2010**) qui ont montré l'effet de la santé sur la croissance économique par la combinaison entre deux approches celle de Lucas (1988) et de Nelson-Phelps (1966), les auteurs abordent deux échantillons pour examiner la relation entre l'espérance de vie et le PIB par habitant, par la méthode de moindres carrés ordinaires (MCO). Cependant les résultats montrent l'effet important de la santé sur la croissance économique.

En effet la croissance moyenne de l'espérance de vie entre 1940 et 1980 a été bien rapide entre les pays en développement ce qui permet de générer un avantage en termes de croissance du PIB par habitant (2,7 % ($3,58 \times \log(19,8/9,2)$), aussi le fait de commencer à 65 ans avec une espérance de vie de 1940 plutôt qu'à 45 ans (la moyenne des pays en développement) a conduit à une différence de croissance moyenne du revenu par habitant (2,8% ($0,075 \times \log(65/45)$)).

À la lumière de la théorie moderne de la croissance endogène, (**Aghion et al.2010**) ont revisité la relation entre la santé et la croissance économique. Les résultats ont révélé initialement qu'un niveau plus élevé et un taux d'amélioration de l'espérance de vie plus élevé ont tous les deux un effet positif sur la croissance du PIB par habitant.

Pareillement une autre étude qui analyse et examine la relation entre la santé et la croissance économique et qui souligne que l'augmentation de l'espérance de vie renforce la capacité à acquérir de meilleures compétences en matière de capital humain. Ce dernier reste un canal d'influence est souvent considéré comme un facteur clés, tout en avisant que la disparité des revenus à l'échelle mondiale est influencée par la variation de l'espérance de vie (**TringV.Vu 2022**).

Le taux de survie de la population est un indicateur clé de la santé et de la résilience d'une société dans son ensemble, puisqu'il est étroitement lié à de nombreux aspects de la vie économique, sociale et politique. Dans ce sens une étude menée par (**Jamison et al .2004**) qui porte sur la modélisation de l'effet de la santé sur la croissance économique, utilisant les taux de survie des adultes et les taux de croissance économique PIB à l'intervalles de 5 ans dans plusieurs pays. Les résultats obtenus ont indiqué des effets positifs de l'ASR sur les taux de croissance du PIB dans les pays à faible revenu.

En effet l'étude menée par le groupe de chercheur (**Vasco, el al. 2023**) qui porte sur l'analyse transversale portant sur 188 pays a été menée pour évaluer l'efficacité à l'aide d'une analyse des frontières stochastiques. L'espérance de vie en bonne santé à la naissance et à 65 ans a été examinée dans cinq modèles différents, utilisant diverses entrées telles que : les dépenses de

santé ajustée, les dépenses de santé ajustée selon l'âge, les dépenses de santé et proportion de 0-14 ans ,15-64 ans et 65 ans et plus, les dépenses de santé et tranches d'âges de 5 ans et l'indice de vieillissement. Par conséquent le modèle ajusté selon l'âge s'est avéré offrir le meilleur ajustement et se rapprochait le plus de la norme actuelle.

Dans ce sens on pourrait déduire l'importance des dépenses de santé pour déterminer l'efficacité du système de santé puis il est crucial d'ajuster les dépenses de santé selon l'âge pour maintenir l'équilibre macroéconomique et maintenir l'efficacité du système de santé.

Une conclusion a été tirée par une autre étude affirmant l'importance des dépenses de santé comme un déterminant crucial pour la croissance économique, ce résultat s'est révélé grâce à une étude menée par (**Wang,2011**) qui s'inscrit dans le cadre de l'examen de la relation de causalité entre l'augmentation des dépenses de santé et la croissance économique, utilisant les données internationales sur les dépenses de santé de 31 pays entre 1986 et 2007. L'auteur utilise deux approches empiriques : l'analyse de régression de panel et l'analyse de régression quantile. En effet la première révèle que l'augmentation des dépenses de santé stimule la croissance économique, cependant ce dernier réduit à son tour la croissance des dépenses de santé. Quant à la deuxième approche dévoile que l'impact de la croissance des dépenses de santé sur la croissance économique varie selon le niveau de croissance économique des pays.

Dans ce cadre les pays à faible croissance économique l'impact est différent de celui observé dans les pays à croissance moyenne ou élevée. Aussi l'influence de la croissance économique sur la croissance des dépenses de santé diffère selon le niveau de croissance des dépenses de santé.

Contrairement à ces études (**Bathu, 2011**) à travers une étude examinant la relation dynamique entre les dépenses de santé et la croissance économique, en appliquant la méthode de cointégration et la méthode de causalité de Granger pour une période allant de 1960-2009, concernant les données des Etats de quatre Etats de l'Inde. Les résultats suggèrent qu'il n'y a pas de relation à long terme entre les dépenses de santé et la croissance économique dans les quatre Etats de sud de l'Inde à savoir : Andhra Pradesh, Karnataka, Kerala et Tamil Nadu.

A l'instar d'étude menée par (**Acemoglu et Johnson ,2007**) qui exploite les principales améliorations sanitaires internationales des années 1940 afin d'estimer l'effet de l'espérance de vie sur la performance économique. A l'aide d'une prévision de mortalité prévue utilisé comme instrument (liés à divers maladie) et la dates d'interventions mondiales. Dans ce cadre les résultats dévoilent en premier lieu qu'une augmentation de 1 pour cent de l'espérance de vie entraîne une augmentation de 1,7 à 2 pour cent de la population, ensuite l'espérance de vie a

cependant un effet faible sur le PIB total. De ce fait rien ne prouve que la forte augmentation de l'espérance de vie pourrait entraîner un accroissement de revenu par habitant.

En effet ces travaux empiriques présentent une synthèse des résultats analysant la santé comme facteur de la croissance économique, cependant ils se divisent en deux grandes catégories. Toutefois certains auteurs ont choisi d'analyser l'effet de l'amélioration de l'état de santé via les gains d'espérance de vie sur la croissance, d'autres ils ont utilisé les dépenses de santé comme facteur qui améliore le système de la santé, conduisant par la suite et d'une manière indirecte à la croissance économique via l'amélioration de la santé de la population.

Cependant, il devient incontournable de s'interroger si le meilleur système de santé, c'est lui qui consacre la part la plus importante de son PIB pour les dépenses publique de santé ou bien qui maîtrise les dépenses de santé tout en améliorant la qualité de soins et la santé de la population. Également discuter l'allocation efficace des ressources dans le domaine de la santé et son rôle pour équilibrer et maximiser les avantages économiques, tout en mettant la lumière sur le revenu et la taille d'Etat.

2. LA SANTE SOUS L'ANGLE ECONOMIQUE : EMERGENCE DE L'ECONOMIE DE LA SANTE

1.1 Histoire de l'économie de la santé

La relation entre l'économie et la santé constitue un domaine capital et un sujet d'intérêt majeur pour les économistes, offrant une fenêtre privilégiée pour comprendre les interactions complexes entre ces deux sphères vitales de la société.

En effet l'économie dans le domaine de la santé a pour mission d'analyser des choix en matière d'allocation des ressources, l'analyse des rendements des ressources allouées, le comportement des acteurs et les outils de régularisation. Dans ce contexte l'économie de la santé recouvre quatre domaines d'application à savoir : Les liens entre le développement économique et la santé, entre l'activité économique et le système de soins, également la régularisation du système de soins et l'évaluation économique des biens et des stratégies de santé.

l'économie est une science sociale qui étudie la production, la répartition et distribution, l'échange et la consommation de la richesse d'un pays (**Barreyre, 2011**). De ce fait, l'économie devrait trouver la méthode afin d'allouer efficacement les ressources permettant à s'interroger ,comment lutter contre la rareté ou bien la limitation des ressources afin de produire des biens et services et répondre aux attentes et aux besoins de santé de la population, de même il faut s'interroger sur **les choix entre des stratégies de réponse les plus efficaces.**

En effet l'économie de santé a engendré une évolution en USA après l'apparition de deux problématiques théoriques intéressantes et un peu différentes, il s'agit de l'assurance et le capital humain. Etant donné que ces deux articles sont considérés comme fondateurs de la naissance de l'économie de la santé, plus précisément : l'article de **Kenneth Arrow** « Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care » et l'article de Mickael Grossman : « On the Concept of Health Capital and the Demand for Health ».

En France aussi l'économie de la santé naît presque à la même époque à l'essor étatique et académique. Dans ce sens en 1973 paraît un premier manuel d'économie médicale destiné à la formation des médecins sous la direction de Georges Rosch, directeur de la Division d'économie médicale du CREDOC.

À partir des années 1980, l'économie de la santé a émergé progressivement en tant que sous-discipline scientifique, acquérant un degré significatif d'indépendance. Des experts dédiés à ce domaine se sont regroupés au sein de l'Association internationale d'économie de la santé et du Collège des économistes de la santé (**Marie-Odile Safon, 2022**).

Dans ce sens l'économie de la santé a pris sa place dans la recherche scientifique, toutefois elle entretient un dialogue systématique avec les autres domaines de la santé à savoir la biologie, clinique, épidémiologie, sciences humaines et sociales. L'apparition des revues notamment le Journal of Health Economics et Health Economics et autres s'intéressant d'une part à la santé de la population et leurs attentes du système de santé, et d'autre part les décisions en matière de politiques de santé publique et la réformes du système de santé ou assurance de maladie, également sur les comportements voire la culture des professionnels (médicaux ou non) qui interviennent dans ces systèmes.

1.2 Economie de la santé : Points de Rencontre et d'Influences entre la santé et l'économie

Les inégalités de santé ne se résument pas uniquement aux disparités de revenus. Une analyse de décomposition révèle que les variations des variables explicatives par rapport au revenu ont souvent une plus grande influence que la simple répartition inégale des revenus pour expliquer les écarts entre les pays en termes d'inégalités de santé liées au revenu. (**Doorslaer et al, 2004**)

L'économie de la santé se penche sur la manière dont les forces économiques et les mécanismes du marché interagissent avec le secteur de la santé, afin d'optimiser l'efficacité, l'équité et la qualité des soins de santé. Dans le domaine de la santé le capital humain se trouvent souvent dans une situation de vulnérabilité significative, face à la

maladie ou plus encore face à la mort. Toutefois il convient de faire la différence entre le patient et l'agent parfaitement rationnel de la théorie standard.

- **Le patient** : le patient tel qu'il est définit par (**JULIE Bouchard**) est :
« *Personne qui subit, qui est l'objet d'une action. Qu'il soit utilisé en philosophie ou en linguistique, ou qu'il désigne encore un supplicié ou un malade, le substantif « patient » (patients, en latin) est associé traditionnellement à la passivité. Ce ne serait là, pensera-t-on, que la fatale condition de la personne touchée par la maladie et par ses conséquences.* ». (**JULIE Bouchard ,2017, p.5**).

Ajoutant que le mot patient c'est comme un être pâtit doublement : Du point de vue interne il subit la maladie ou l'infection, aussi il est placé dans les mains d'un agent autre que lui de point de vue externe. Également (Pierron, 2007) partage la définition du mot « patient » en soulignant que :« *Une observation symptomatique s'impose. Le Code de déontologie médicale et le Code de la santé ne connaissent pas, voire ignorent, le mot « patient ». Dans le Code, il n'y a pas de patients mais des usagers du système de santé* ». (**Pierron,2007, p.43**).

Donc, le patient est une personne recevant des soins, or pour le malade est une personne dont la santé est affamée, cependant l'utilisateur est une personne qui a un droit d'utiliser le système de santé mais n'est pas nécessairement malade. De ce fait on pourrait souligner que la charte du patient et le droit du malade appuyant que le malade pas nécessairement un client ; toutefois le malade se présente en tant que personne juridique, sujet de droit, identiquement au patient qui présente aussi des droits et des devoirs.

- **Droit du patient**

Dans ce contexte il convient de présenter certains droits du patient, en informant sur la protection juridique au Maroc d'après le code pénal marocain :

En tant que consommateur de soin de santé il est indispensable d'informer le consommateur, suite à l'article 3 loi 31-08 du code pénal marocain.

▪ **Libre choix du médecin**

Reste un droit pour le patient dans le cadre de choisir un médecin qui répond à ses besoins et ses attentes ; conformément à l'article 14 la loi 65-00 portant code de couverture médicale.

▪ **Le droit à la santé : l'admission**

Ce droit présente au champ de la santé le refus au sens large du professionnel de la santé pour assister le patient en situation difficile, autrement dit c'est la non-assistance d'une

personne en péril conformément à l'article 431 du code pénal marocain

- **La dignité**

Suite à l'enquête sur la santé et la réactivité du système de santé -Maroc en 2003. La dignité est définie : « *Le respect de la dignité est apprécié à travers deux critères : Parler respectueusement et respecter l'intimité* ».

- **La non-discrimination**

La discrimination est définie comme toute distinction basée sur l'origine, la couleur, le sexe, la situation familiale, l'état de santé, le handicap, l'opinion politique, l'appartenance syndicale, ou l'ethnie, la nation, la race ou la religion, qu'elle concerne des personnes physiques ou morales selon l'Article 431 - 1 du code pénal marocain.

- **Le principe de la confidentialité des informations**

Le principe général du secret professionnel impose aux professionnels l'obligation fondamentale de ne pas divulguer au grand public les informations confidentielles confiées par leurs clients. Selon le code pénal marocain article 446.

D'après cette lecture de certains droits de patient et définir la protection juridique présentée par le code pénal marocain, ainsi entamer la nuance entre le patient, le malade et le client ou bien l'utilisateur du système de santé. Il est incontournable maintenant de mettre la lumière et discuter certains concepts qui entrent dans le cadre de l'épistémologie théorique de l'économie à savoir : la rationalité, le besoin, le bien et le bien-être et qui sont usés au champ de la santé.

L'économie mainstream repose sur la théorie néoclassique qui met l'accent sur certains concepts à savoir la rationalité, la maximisation des profits, la concurrence parfaite, et l'équilibre sur les marchés...etc.

- **L'agent parfaitement rationnel**

En effet, d'après (**Lageux, 2005**), qui souligne que les agents économiques sont présumés rationnels dans le contexte où ils peuvent faire des raisonnements et inférences appropriés à partir d'un ensemble d'appréciation cohérentes en vue de s'engager dans une action susceptible de satisfaire un désir donné appartenant à un ensemble de désir cohérent de désir. De ce fait la théorie économique suppose souvent un agent rationnel qui cherche à maximiser leur profit et leurs utilités en fonction de ses préférences et des informations disponibles. Dans ce sens au champ de la santé ou bien dans le contexte médical le patient est un individu cherchant des soins de santé en prenant des décisions concernant sa propre santé afin d'améliorer sa situation sanitaire, alors ce qui est commun

réside dans la prise de décision.

Certes la rationalité de l'agent économique dans la théorie économique (standard) et du patient dans le contexte médical repose sur la recherche d'actions qui maximisent leur bien-être, compte tenu des informations disponibles, des préférences individuelles et des contraintes auxquelles ils sont confrontés. Cependant, il est important de noter que la rationalité dans ces deux contextes peut être influencée par des facteurs divers. Dans le domaine médical, les patients peuvent prendre des décisions basées sur des informations médicales, des expériences personnelles, des émotions, des croyances culturelles, et d'autres facteurs qui ne sont pas toujours pris en compte dans la théorie économique.

- L'intérêt de choisir

En outre il est essentiel d'appuyer l'idée « d'intérêt » dans le contexte médical dont il se diffère au contexte économique, toutefois le patient n'a pas intérêt de choisir d'aller à l'hôpital pour passer un certain temps libre parce que c'est gratuit ou bien la disposition d'une assurance maladie qui sera un avantage de consommation que la maladie ou l'inquiétude des parents. **(Batifoulier et Domin,2015)**, or en économie le choix est complètement différent selon **(Midan,2020)**, il souligne que nous sommes tous des consommateurs et nous devrions effectuer des choix soit pour acheter tel livre plutôt que l'autre, le choix d'acquérir moins de bien ou épargner plus acquérir d'avantage demain, dans ce sens l'auteur définit les fondement par lesquels le consommateur pourraient effectuer leurs choix à savoir la capacité d'un bien de créer la satisfaction, maximiser la satisfaction tout en respectant les contraintes qui pèsent sur lui ainsi les biens sont rarement gratuits et les ressources dont ils disposent le consommateurs sont rarement inépuisables.

Certes que la demande de soin présente souvent un caractère involontaire, personne ne choisit avoir une maladie cardiaque ou accident **(Batifoulier, P. Domin,2015)** c'est-à-dire le soin de santé ne s'adapte pas à l'achat d'un plaisir identiquement d'un bien de consommation courant et même on ne pourrait pas anticiper nos besoins sans tenir compte de nos responsabilités individuelles. Toutefois le besoin en santé répond à des caractéristiques biologiques du fait d'une vulnérabilité humaine face à une maladie ou tout autre problème de santé qui nécessite une prise en charge médicale.

(Batifoulier, 2015) souligne que le besoin en santé aussi lié à des traits culturels et sociaux par le rôle du contexte social dans la définition de la norme de santé, vouloir réduire le besoin de santé à une stratégie ou une simple préférence individuelle occulte

son caractère collectif et social.

L'objectif primordial dans le contexte médical et économique est similaire correspond à maximiser le bien-être par prendre des décisions appropriées, il convient de mettre en question certains concepts qui tournent autour du bien-être notamment la demande, le besoin et l'achat de plaisir. Cependant, la complexité réside notamment dans l'utilisation des techniques et des théories issues de l'économie mainstream pour régler les problèmes de politique économique de santé. Selon l'OMS (1995), « *l'économie de la santé est l'application de la théorie économique aux phénomènes et problèmes associés à la santé et aux services de santé* ». Dans ce sens l'économie politique de la santé n'est pas une approche pour analyser les problèmes posés par le secteur de la santé, mais une discipline qui concentre spécifiquement sur l'interaction entre les agents économiques et les politiques dans le domaine de la santé (Djenane, 2015) affirme que : « *L'économie politique de la santé, produit une analyse globale et critique des principaux agrégats de l'économie de la santé et de leurs principaux déterminants, aidant à orienter les politiques publiques en matière de santé* ».

1.3 Cadre théorique : les théories économiques au service de la santé

L'émergence des cadres théoriques issues de différentes écoles de pensée au champ de la santé montre l'existence des complémentarités, des fondements et des oppositions sur le plan épistémologique, et ce, pour mieux comprendre le fonctionnement et la régularisation du système de la santé. En effet l'économie offre une perspective analytique et stratégique pour comprendre, améliorer et optimiser les systèmes de santé. En ce qui concerne la résolution des problèmes économiques liés à la santé, il s'agit d'évaluer si les courants théoriques en question rivalisent pour répondre à ces exigences, ou s'ils agissent de manière complémentaire pour résoudre des multiples défis inhérents au secteur de la santé.

Le modèle néoclassique ou standard selon (Favreau, 1989) repose sur trois hypothèses principales :

- Une rationalité substantielle, calculatrice et individualiste des agents économiques ;
- Une économie d'allocation des ressources ;
- Une coordination marchande des décisions individuelles. (Sophie Béjean, 1994)

De ce fait (Sophie béjean,1994) définit la rationalité :« *La rationalité substantielle décrit le comportement optimisateur des individus qui est à l'origine de leur prise de décision* ». (Sophie béjean,1994. p.)

En outre (Djellal et Gallouj,2004) ont souligné que l'hôpital est adopté à une entreprise comme les autres, de même il est représenté par une fonction de production.

La relation entre le malade et le médecin pourrait connaître un dysfonctionnement issu de l'absence de la communication entre eux. Cette lacune restreint d'abord la relation entraînant des répercussions significatives sur les résultats tout en générant des risques sur le plan de la santé. En suite ce dysfonctionnement évolue en un phénomène qui semble sérieux de chercher dans les théories économiques pour mettre en évidence les mécanismes de fonctionnement dans l'espoir de surmonter la nuance présente dans le secteur de santé.

- La théorie d'agence

Rappelant que la théorie d'agence s'intéresse aux relations contractuelles, autrement dit une relation entre un principal qui détient les ressources, et un agent chargé de la gestion de ces ressources. En effet cette théorie examine comment les conflits d'intérêts entre le principal et l'agent peut survenir en raison de l'asymétrie de l'information- aligner les intérêts de deux parties. En effet le domaine de la santé se caractérise par l'asymétrie d'information à différents niveaux, notamment entre médecin et malade entre assuré et assureur ...constituent une limite des marchés concurrentiels pour le financement de la couverture du risque maladie et justifient l'existence de dispositifs institutionnels pour réguler la relation patient-médecin. Toutefois l'asymétrie d'information peut présenter des différentes formes à savoir :

- L'asymétrie d'information scientifique ou bien connaissance de la compétence du professionnel, l'adéquation des traitements ;
- Maintien de la viabilité économique des activités et de leur accessibilité en termes de coût,
- L'exigence de respect de confidentialité des informations... etc. (Régis Bismuth,2022).

La théorie de l'agence, lorsqu'elle est appliquée au domaine de la santé, met en lumière les conflits d'intérêts, les disparités d'information, et les dangers inhérents aux transactions économiques entre les différentes parties prenantes. (Qesnay,2023) présente les fondements composants de la relation médecin malade (RMM) selon l'Académie de

médecine (qui s'est intéressée à la relation médecin malade alias RMM) à savoir l'écoute, empathie, respect, examen du patient, information, continuité des soins, alliance thérapeutique, particularités de l'enfant, effet placebo. « Écouter mais combien de temps ? »

Dans ce sens d'autres relations qui existent également entre 'l'assuré'(patient) et l'assureur (assurance maladie, mutuelle...), également entre les professionnels de soins et l'administrateur (gestionnaire dans le cas des hôpitaux ou des structure sanitaire) également (**sbai,2016**).

En effet, le principal apport de la théorie d'agence se réside par la prise en considération du problème d'asymétrie d'information, identiquement le comportement opportuniste des agents dans le domaine de la santé.

- **La coordination**

Le rôle de la coordination entre les agents du système de santé (consommateur, assurance maladie, offreur de soins). D'après (**Pichault,2007**) cité par la coordination correspond à « *une recherche de cohérence dans le travail accompli par un ensemble d'individu* ». (**Sbai,2016**)

En effet la coordination au domaine de la santé converge vers l'idée de la répartition des ressources et des taches entre des acteurs disposant des connaissances et des compétences différentes dans l'objectif de créer la complémentarité et diminuer l'incertitude. Dans ce sens on pourrait considérer la coordination comme un facteur déterminant de développement voire même la création de savoir et déploiement des compétences.

- **Les limites de la théorie d'agence**

En outre la limite de l'application de la théorie d'agence dans le domaine de la santé nous permette de revoir l'hypothèse de rationalité substantielle stipulant que les individus dotés d'un comportement individuels rationnels calculés, tout en supposant qu'il dispose d'une capacité cognitive lui permet d'anticiper les conséquences de ses décisions sur son intérêt personnel (**bejean,1999**). Dans ce sens on peut déduire que la rationalité des agents (individus) est limité puisque l'information est imparfaite, incomplète ou présente une asymétrie ainsi l'avenir est incertain et risqué.

Partant de ce fait qui nous permet de retenir que malgré l'expérience d'un médecin et son expertise il devient difficile de prévenir tous les cas et les pathologies, sachant que le monde aujourd'hui ne cesse pas à maîtriser les nouvelles épidémies. De même le patient

ne peut pas prétendre une meilleure stratégie thérapeutique dans un domaine plein de l'innovation et la concurrence. Dans ce contexte (**bejean,1999**) souligne que l'information devient source de pouvoir et variable stratégique qui permettent d'adopter un comportement opportuniste pour celui qui détient l'information.

Dans ce sens on pourrait retenir que dans le domaine de la santé la relation médecin-patient (soignant -patient) expose une relation complexe en raison de la présence de certains dimension notamment psychologique et sociale, le problème de l'optimisation des contrats, la rationalité substantielle et la capacité cognitive limités ainsi le problème de la coordination.

Comme la complexité d'évaluation dans le domaine de la santé est persistante, les théories permettent une compréhension plus complète de la dynamique complexe de la santé.

- **L'approche conventionnelle**

(**SEBAI,2016**) trouve que : « *La rationalité substantielle fortement soutenue par la théorie d'agence, le modèle conventionnaliste souligne l'intérêt de l'application de l'hypothèse de la rationalité procédurale pour expliquer les comportements des agents dans leurs choix de prises de décisions dans le domaine de la santé.* ». (**SEBAI,2016, p226**)

Aussi (**bejean,1999**) ajoute que la rationalité procédurale au sens de Simon consiste à distinguer une procédure de décision parmi une variété d'options ou d'alternatives en fonction d'un système de formations passées qui permettent de considérer la solution choisie comme « satisfaisante ». Dans ce sens au champ de la santé il semble difficile d'établir un contrat calculé au préalable, c'est le comportement et le fonctionnement qui complète le contrat. De ce fait nous pouvons évoquer un exemple qui représente la rationalité procédurale.

En outre, (**Batifoulier,2012**) La présence de normes dans le domaine de la santé explique pourquoi la relation entre médecin et patient est guidée par des principes éthiques et sociaux, des règles professionnelles, des standards moraux, des notions de solidarité, ainsi que des valeurs sociales. Cette exigence éthique soutient la nécessité d'une économie de la santé qui aborde les défis économiques tout en tenant compte des valeurs essentielles. De ce fait, la théorie d'agence s'est caractérisée par la conception de la rationalité substantielle et l'allocation des ressources, a contrario la rationalité procédurale et création des ressources pour la théorie procédurale.

- La théorie évolutionniste

La théorie évolutionniste aussi s'inscrit dans le cadre de registre de création des ressources (DOSI.1990) cité par (SBAI,2016) qui souligne que la technologie et les nouvelles situations thérapeutique sont les facteurs qui explique la situation de l'incertain de l'avenir, menant le rejet de l'hypothèse de la rationalité substantielle vers la rationalité procédurale.

En outre, il existe une forte similarité entre la théorie conventionnelle et la théorie évolutionniste, cependant l'apport supplémentaire réside dans l'optique de la création des ressources puisqu'elle s'intéresse au problème de la coordination des ressources et par les ressources au sein des structures et organisation ainsi les parties prenantes.

Dans ce sens (bejean,1999) souligne que l'approche évolutionniste place l'apprentissage au centre de son paradigme, appuyant que l'efficacité et l'acquisition de compétences particulièrement organisationnelles découlent de la répétition et de l'expérimentation dans certaines tâches. Elle cherche aussi à expliquer comment la coordination est favorable à la création des savoirs, et la coopération émerge grâce à la mise en œuvre de routines dérivées des connaissances antérieures accumulées cependant, ces routines peuvent être identique à des conventions alors les conventions ne peuvent pas être des routines.

Partant d'un exemple illustrant le rôle de la théorie évolutionniste ; en effet d'après l'expérience et la recherche en matière de vaccination peuvent démontrer l'efficacité et la rentabilité de la prévention par la vaccination, en mettant en lumière ses avantages pour la santé publique et la stabilité économique. Les décideurs politiques pourraient ainsi adopter des politiques de vaccination plus larges et préventives pour protéger la population. La coopération entre les organismes de santé, les chercheurs, les entreprises pharmaceutiques et les gouvernements serait essentielle, favorisant l'échange d'informations et la planification coordonnée des campagnes de vaccination.

Conclusion

Le secteur de la santé est un secteur de nature spécifique duquel on devrait l'analyser dans une optique distinctive, vu les caractéristiques économiques des services médicaux à savoir les biens, la notion des besoins, les prix, le marché et la gestion des coûts. Toutefois l'utilisation des théories relevant de l'économie standard pourrait porter un débat entre les économistes puisqu'elles présentent certaines limites ; or on ne pourrait pas nier d'une part son rôle incitatif pour les économistes de santé pour déployer plus

d'efforts pour approfondir la recherche qui se focalise dans les études sur des coûts et le comportement des consommateurs caractérisés par une rationalité soit substantielle ou bien procédural.

Également la position épistémologique de chaque théorie à savoir la théorie d'agence qui traite le problème de la coordination en tant d'allocation des ressources doté d'une rationalité substantielle caractérisé par l'asymétrie d'information. En revanche la théorie des conventions et évolutionnistes soutiennent la rationalité procédurale dans un cadre de pratique caractérisé par un environnement incertain ; or la coordination pour la théorie de conventions a été expliquée à travers des conventions tout en ignorant des comportements opportunistes. Toutefois la théorie évolutionniste soutient la confiance et l'éthique professionnel et la coordination qui a été expliquée par la routine et l'apprentissage. D'autre part au domaine de la santé ces théories pourrait être complémentaires, c'est à dire les approches transactionnelle et évolutionniste offrent des outils d'analyse afin d'expliquer les mutations qui subit le système de soins, cependant les approches conventionnalistes et contractuelles apparaissent complémentaires pour comprendre le fonctionnement du système de soins, **(bejean,1999)**.

En outre la naissance de l'économie de santé comme nouvelle discipline reste un privilège pour la santé permettant aux économistes de la santé de s'enfoncer dans la recherche dans le but d'instaurer des programmes efficaces pour répondre aux attentes de la population, ainsi assurer une stabilité macroéconomique tout en maîtrisant les défis à savoir : l'accroissement de coûts de traitement qui restent un fardeau pour le patient et pour les instances tutelles (les mutuelles, les assurance ,Etat), les épidémies et l'augmentation de la population.

De ce fait, la question qui semble primordiale d'après l'ensemble des travaux empiriques et la théorie, c'est chercher les dimensions économiques inhérentes de la santé qui semble variées et cruciales pour comprendre l'impact de la santé sur l'économie. De même dévoiler le rôle du pouvoir public pour instaurer un système de santé répondant aux attentes de la population, compte tenu de l'existence d'une obsession budgétaire, les conflits d'intérêts la concurrence entre les acteurs.

BIBLIOGRAPHIE

- Acemoglu, D & Johnson, S.** (2007). *Disease and development : the effect of life expectancy on economic growth*, *journal of political Economy*,2007,12269.
- Aboubacar, D & Xu (2017) :** *The impact of health expenditure on the economic growth in Sub-Saharan Africa**B Theoretical Economics Letters*, - scirp.org.
- Alsene E, & Pichault, F.** (2007). *La coordination au sein des organisations : éléments de recadrage conceptuel. Gérer et Comprendre. 2007;(87) : 61-77.*
- Aghnion, P & Howitt, P & Murtin, F** (2010). *Le bénéfice de la santé de la croissance endogène*, *revue de l'ofce* 2010/112,87-108.
- Batifoulier, P & Silva, N.** (2021). *L'économie encadrée dans la santé. Revue française de socio-économie* 2021/1, n°26, p13-26.
- Batifoulier, P & Domin, J.P.** (2015). *Economie politique de la santé : Un exemple exemplaire , spring*,17,2015.
- Bathu, B.** (2011). *Lien causal entre les dépenses de santé publique et la croissance économiques dans quatre Etats du sud de l'Inde. Le journal IUP des Finances Publiques*,9,3,7-22.
- Batifoulier, P.** (2012). *L'Ethique médicale et l'économie :la valeurs des valeurs, UMR 7234.*
- Bejean, S.** (1999). *Les fondements des nouvelles théories en économie de la santé. Revue politiques et managements public*,17-1, 145-175.
- Buchard, J.** (2017). *Présentation du dossier le patient en observation. Dans politique de communication*,2,9,3-15.
- Djallal, F & Gallouj, C.** (2004). *De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et nœud de réseaux*, *revue française des affaires sociales* (2004),223-248.
- Doorslaer. E & Koolman . A.** (2004) *Expliquer les différences dans les inégalités de santé liées au revenu dans les pays européens National library of Medecine DOI : 10.1002/hec.918.*
- Djenane, A.** (2007) *santé et équité vers une économie politique de la santé, dans Pensée plurielle*,2015/2,39,109-120.
- Fargean, V.** (2014). *Introduction à l'économie de la santé (2014), économie en plus*, p 128.
- Favreau, O.** (1989). *Marchés internes, marchés externes, revue économique*, vol.40, 2,p 273-328.
- Quesney A.** (2023) :*Académie de Médecine, La relation médecin malade (Rapport de la séance du 22 juin 2021: Dans Journal de la psychanalyse de l'enfant 2023/1 (Vol. 13), pages 259 à 266)*
- Ringle C.M. & Hair J.F & Sarstedt M.** (2011), *PLS-SEM : Indeed a Silver Bullet, Journal of Marketing Theory and Practice*, 19, 2, 139–151.
- Lappière, V.** (2013). *L'accès à la santé dans un cadre de pauvreté extrême : le cas de la Colombie et du Venezuela. (Le grade de docteur). L'université de Grenoble spécialité : sciences économiques arrêté ministériel*

- Lageux, M** (2005). *L'Agent économique : rationalité maximale ou minimale, dans cahiers d'économie politique, 2005, 49, p143-158.*
- Midan, P.** (2020). *TD.1 la théorie des choix, dans Cairn TD Microéconomie, p1-20.*
- Pierron, J.P.** (2007). *Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins, dans Sciences sociales et santé, cairn info 2007,2, V.25, p 43-66.*
- Rossier-Bisaillon, MJ & Casu, G & Blanchette, C.** (2024) : *une population en meilleure santé pour préserver les finances publiques du québec, collectifvital.ca.*
- Raimondeau, J.** (2018). *Chapitre 4 Economie de la santé et système de santé, cairn info dans l'épreuve de santé publique 2018, p73-97.*
- Sbai, J.** (2016). *Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés, santé publique, 2016/2, v.28, 223-234.*
- Safon, M-O.** (2022). *L'économie de la santé Bibliographie thématique, Centre de documentation de l'Irdes, 2022, p 5-52.*
- TingV, Vu.** (2022). *Life expectancy and Human capital : new Empirical evidence, health economics /2022, v :32.*
- Vasco, JS & Filipa, SM & Pestana, J & Souza, J & Freitas, A & Cylus, J.** (2023) *Devons-nous ajuster les dépenses de santé en fonction de la structure d'âge et de l'efficacité des systèmes de santé ? Une analyse mondiale DOI : 10.1186.*
- Yvs barreyre, J.** (2011). *Pour une nouvelle économie politique de santé publique .La vie sociale, cairn, 2011, 4, 4, 135-155.*
- Wang, km.** (2011). *Dépenses de soins de santé et croissance économique : Analyse de type panel quantile, modélisation économique, v :28(4), p1536-1549.*