

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur M. Tournaire*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**Tome XXII
publié le 2.12.1998**



*VINGT-DEUXIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 1998*

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

G. DELANDE*

Montpellier

INTRODUCTION : LE CONTEXTE DE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

L'ensemble des démarches intellectuelles que l'on regroupe sous la dénomination d'économie de la santé constitue une discipline relativement nouvelle — au moins en France — qui a pour objet général d'étudier les conséquences des contraintes que l'environnement socio-économique fait peser sur le système de santé.

Cette définition ne peut être saisie dans sa pleine signification que si l'on se place dans une perspective historique.

a. Longtemps, l'économie et la médecine se sont ignorées, voire opposées, en raison de différences radicales, tant au niveau de leurs champs d'analyse que de leurs attitudes méthodologiques ou de leurs logiques respectives. Dans la période contemporaine, le système de santé, bénéficiant de la situation extrêmement favorable rendue possible par une croissance et une prospérité exceptionnelles, a connu un rythme d'expansion accéléré tant de ses structures que de ses personnels, dans un milieu ne manifestant pratiquement pas de contraintes à son égard. À tel point que s'était accréditée l'idée que la santé n'avait pas de prix et qu'à tout le moins, chacun pou-

* Professeur d'économie de la Santé à l'Université de Montpellier I
Directeur du DESS « Économie et gestion hospitalière privée ».

vait bénéficier sans réserve ni limite d'un véritable droit à la santé, concrétisé par une accessibilité totale et permanente au système de soins.

Cependant, depuis 1975, l'évolution économique défavorable — « la crise » pour employer un terme commode mais assez peu précis — a fait apparaître de manière criante que la santé avait un coût qu'il fallait connaître et dont il convenait d'analyser les mécanismes de formation et d'évolution ; ceci afin de parvenir ultérieurement à en acquérir une certaine maîtrise de nature à enrayer le dérapage financier suscité par les incohérences de fonctionnement du système de santé.

b. On peut donc considérer, de manière très schématique, que l'économie de la santé est apparue et s'est développée pour tenter d'apporter une réponse ou, en tout cas, des éléments de réflexion et d'aide à la décision concernant la contradiction — particulièrement aiguë dans la société actuelle — entre, d'une part, des exigences sociales forgées à l'époque de la prospérité mais toujours bien présentes — ainsi qu'en témoigne la revendication omniprésente d'un droit absolu à la santé ; d'autre part des contraintes économiques, nationales et internationales, de plus en plus prégnantes qui aggravent l'effet de ciseaux — stagnation voire baisse des recettes et hausse des dépenses des systèmes sociaux — apparu dès l'affaiblissement de nos performances économiques.

c. Quelques repères statistiques simples permettent de concrétiser ces observations et de garder à l'esprit les ordres de grandeur essentiels facilitant l'appréhension quantitative de l'importance relative de la santé en France :

– Dans l'ensemble des dépenses de consommation des Français, les dépenses de santé sont en train de devenir le premier poste en importance relative (avec un taux de 20 % à l'horizon 2000) ;

– La France se situe dans le peloton de tête des pays industrialisés en ce qui concerne les dépenses de santé et elle détient le premier rang au sein de la Communauté Européenne ;

– Au sein des dépenses sociales qui dépassent les 2 500 milliards de francs, les dépenses de santé occupent le deuxième rang avec environ 35 %, derrière les dépenses liées aux retraites (42 %) ;

– Représentant donc plus de 10 % du produit intérieur brut, les dépenses de santé constituent une affectation spécifique des ressources nationales suffisamment importante pour que s'explique aisément que la santé soit maintenant entrée dans le champ de l'analyse économique (cf. tableaux I et II).

d. Deux niveaux de réflexion doivent être successivement considérés :

– Le niveau de l'analyse macroéconomique qui se focalise sur le montant global des dépenses de santé, les facteurs explicatifs de ces dernières et leurs modalités éventuelles de maîtrise.

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

*Tableau I
Les dépenses de santé en 1996 (hors DOM-TOM)*

	Par habitant ¹	Total ²
1. Soins hospitaliers et sections médicalisées	5 964	348,1
• Soins hospitaliers	5 788	338,8
Publics	4 432	259,3
Privés	1 356	79,3
• Sections médicalisées	176	9,5
2. Soins ambulatoires	3 317	194,1
• Médecins	1 613	94,2
• Auxiliaires médicaux	528	30,8
• Dentistes	752	44,0
• Analyses	326	19,0
• Cures	105	6,2
3. Transports sanitaires	180	10,5
4. Médicaments	2 216	129,4
5. Prothèses	330	19,3
6. Prévention	330	19,3
7. Recherche pharmaceutique et formation	530	31,0
8. Frais de gestion	950	55,4
TOTAL	13 805	845,0
<i>1. En francs</i>		
<i>2. En milliards de francs</i>		

*Tableau II
L'évolution des dépenses de santé
Taux annuel moyen de croissance en volume de la consommation
de soins et de biens médicaux (Source : ministère de la Santé)*

Taux annuels moyens en %	80/85	85/90	1992	1993	1994	1995	1996
Soins hospitaliers							
et en sections médicalisées	3,6	2,5	3,7	3,2	1,9	1,6	1,2
dont sections médicalisées	36,6	9,1	9,3	9,5	8,0	4,8	3,6
Soins ambulatoires	6,9	6,9	3,7	2,6	- 0,5	- 0,1	1,8
Médicaments	8,3	8,1	5,5	6,5	1,9	5,1	1,7
Autres services							
(transports prothèses)	6,8	6,0	5,5	2,3	3,9	- 0,2	1,9
dont transports	8,3	4,2	6,2	2,6	2,7	1,3	0,4
Consommations de soins et de biens médicaux	5,5	4,8	4,1	3,6	1,3	1,8	1,4

Il s'agit de produire un schéma explicatif de la réalité observée, construit soit en partant des faits eux-mêmes, soit en partant des théories admises. La spécificité du secteur a souvent conduit à un métissage disciplinaire débouchant sur des travaux dits de socio-économie de la santé ainsi qu'à diverses lectures du fonctionnement économique du système de santé conduisant à une révision critique des modèles usuels.

— Le niveau de l'analyse microéconomique et du calcul économique appliqué à la santé qui recherche les voies d'une gestion plus rationnelle — éliminant les gaspillages et améliorant la performance — des ressources collectives affectées à la santé.

Cette orientation aboutit au développement de travaux dits d'évaluation médico-économique des actions de santé qui font un recours massif aux techniques du calcul économique, ce qui oblige à préciser le produit des actions de santé et à analyser les modalités de valorisation sociale d'une vie prolongée, d'une maladie guérie ou d'une infirmité réduite.

I. CONSOMMATION MÉDICALE ET MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ

Un des facteurs décisifs qui a motivé le regard économique porté sur la santé tient à l'effet d'emballlement observé des dépenses de santé et à la nécessité d'en expliciter les causes.

1. L'analyse globale des dépenses de santé

Elle fait apparaître une évolution exponentielle (de 3 à 800 milliards de francs entre 1950 et 1997) — tout à fait préoccupante car elle conduit à l'explosion — ainsi que la très forte concentration de la dépense : 5 % des consommateurs les plus importants (qui répondent généralement à un ou plusieurs des trois critères suivants : plus de 65 ans, exonération du ticket modérateur, hospitalisation) entraînent 60 % de l'ensemble de la dépense médicale tandis qu'à l'autre extrême, 75 % de la population n'absorbent que 10 % de la consommation de soins. Bien entendu, la contrepartie de ces dépenses permet au secteur de la santé d'employer et de rémunérer environ 2,1 millions de personnes (dont 600 000 professionnels de la santé) soit près de 10 % de la population active nationale.

La ventilation interne des dépenses de santé fait apparaître une nette prépondérance de l'hospitalisation (48 %), l'autre moitié allant à hauteur de

30 % à la médecine ambulatoire et de 22 % aux biens médicaux (essentiellement les médicaments). Quant à la décomposition par sources de financement, elle met en exergue le rôle principal de l'Assurance-maladie (73 %) et des ménages (14 %), ne laissant aux mutuelles, assurances et collectivités locales qu'une place assez marginale. (Cf. tableau III.)

*Tableau III
Structure du financement des dépenses de santé en 1996*

	soins ambulatoires	hospitalisation	Total
Sécurité sociale	57,5	88,9	73,5
État et collectivités locales	0,7	1,0	0,9
Mutuelles	11,1	2,3	7,0
Sociétés d'assurances	5,3	0,9	3,1
Institutions de prévoyance	2,8	0,5	1,7
Ménages	22,6	6,4	13,8

On notera enfin que les comparaisons internationales permettent de mettre en évidence un mouvement général de hausse des dépenses de santé qui s'explique principalement par la forte corrélation observée entre le niveau du PIB par habitant et celui de la dépense de santé par habitant; à titre subsidiaire, mais néanmoins très sensible, s'exerce l'influence du mode d'organisation qui oppose principalement systèmes centralisés et systèmes mixtes.

2. Les déterminants des dépenses de santé

Ce premier constat essentiellement quantitatif a été complété par une réflexion approfondie sur les facteurs explicatifs des dépenses de santé. Les causes immédiates sont bien connues : elles sont d'ordre démographique (vieillesse), médical (induction de la demande de soins par l'offre, surtout spécialisée), socio-économique (niveau socioprofessionnel et culturel), sociologique (médicalisation des problèmes sociaux), technologique enfin (viscosité et sédimentation du progrès technique médical). Mais beaucoup plus fondamentale est l'explication économique générale reposant sur le défaut de régulation, c'est-à-dire l'absence d'action efficace de contrôle du payeur sur la dépense, particulièrement marquée dans le système de santé français.

On peut en effet considérer l'économie de la santé comme la branche spécialisée de la science économique qui s'intéresse aux modalités d'organisation de la compatibilité entre des besoins de santé — la demande de soins — qui sont illimités et des moyens de santé — l'offre de soins — qui sont, eux affectés par une rareté relative. Il s'agit donc bien de mettre en œuvre un rationnement et, pour cela, deux modes de régulation existent :

a. Le premier est la régulation décentralisée, c'est-à-dire par les prix. Ce mécanisme présente trois caractéristiques essentielles : liberté, efficacité, inéquité et il s'appliquait à peu près tel quel à l'époque où la santé était considérée comme un strict bien marchand.

Mais la maladie constituant un risque probabilisable, l'assurance devient possible et le développement de l'Assurance-maladie est venu corriger cette rigueur marchande, jugée socialement insupportable.

Selon un premier type de mise en œuvre, on aura une Assurance-Maladie privée — comme la connaît, pour partie au moins, le système américain de santé — qui rencontre deux difficultés issues de l'existence d'asymétries d'information entre les acteurs : la sélection adverse — seuls les mauvais risques cherchent à s'assurer et seuls les bons risques trouvent à s'assurer — et une consommation/production de soins sous-optimales en raison des freins financiers qui peuvent subsister. Les États européens — notamment — ont donc introduit une Assurance-Maladie devenue sociale, c'est-à-dire obligatoire : elle est fondée sur un principe de contingence, à savoir que la prestation n'est pas liée à une caractéristique contrôlée par le bénéficiaire, et sur un principe de contribution, appuyé sur une péréquation des risques et un contrat unique.

b. Le deuxième mode, la régulation centralisée, repose sur un contrôle des quantités tel que l'illustre parfaitement le National Health Service britannique. Les caractéristiques essentielles sont les opposées des précédentes : contrainte, inefficacité, équité. Il s'agit d'un système de soins très fermé, avec une entrée strictement contrôlée par un « gate-keeper » — le médecin généraliste — dont la rémunération est pour l'essentiel forfaitaire, c'est-à-dire fondée sur une capitation, et donc contre-incitative de tout développement pervers de l'activité; ce qui assure la cohérence avec un financement fiscalisé totalement bouclé. Récemment, le système britannique a recherché davantage d'efficacité en introduisant des relations contractuelles et un partage du risque entre acheteurs et fournisseurs de soins, avec un pluralisme concurrentiel de l'offre.

c. Le compromis que représente le système français est spécifique. Il est censé reposer sur une régulation mixte mais, en fait, il est caractérisé par une absence de régulation : les prix ne jouent pas leur rôle, ce qui a induit surqualité et surcoût; le rationnement quantitatif a aussi été refusé, ce qui a fait disparaître toute sensibilisation à une limitation globale des

ressources et toute incitation à l'efficacité ; dès lors, le seul mode d'ajustement possible reste la dérive financière, tout au moins tant que la capacité macroéconomique le permet.

3. La maîtrise des dépenses de santé

Il apparaît donc qu'en France aucun mode de régulation (ni l'État, ni le marché) ne permet d'assurer la coordination et la compatibilité des décisions des consommateurs, des producteurs et du payeur : cette non-concordance des objectifs individuels et collectifs explique la croissance indéfinie des dépenses et légitime les efforts entrepris pour les maîtriser. En effet, une telle progression accélérée des dépenses, outre qu'elle n'est pas généralisable à l'ensemble des fonctions collectives concurrentes de la santé, a avivé la crainte — surtout à une époque de faible croissance économique — d'une inéluctable rupture financière.

a. D'où le souci des pouvoirs publics d'instaurer une maîtrise — volontariste en l'absence de mécanismes autorégulateurs — des dépenses de soins grâce à une gestion plus rationnelle qui élimine les procédures dont l'utilité n'est pas démontrée et qui améliore la performance d'ensemble par le recours à des évaluations médico-économiques (notamment de type coût-efficacité).

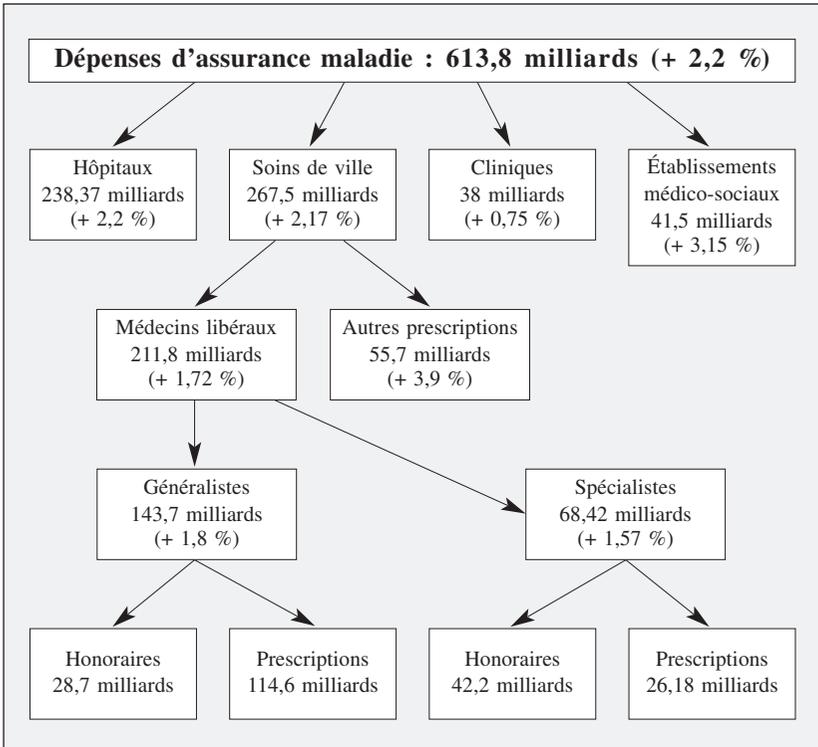
Ainsi, la moindre avancée de la richesse nationale rend le contrôle des dépenses indispensable pour des raisons financières (car l'évolution passée est inextrapolable) mais aussi pour des raisons d'équité, dans la mesure où tout gaspillage ne peut aboutir, dans un contexte de relative rareté des ressources, qu'à des procédures de rationnement aveugle, voire de sélection des malades, tout à fait insupportables sur le plan déontologique.

b. Les moyens de la maîtrise reposent impérativement sur la réintroduction d'un mécanisme de régulation pour rendre compatibles stratégies individuelles des acteurs et intérêt collectif.

Concrètement, les actions entreprises — et renforcées par les ordonnances Juppé — au titre de la mise en œuvre d'un dispositif de maîtrise reposent sur une volonté de restructuration de l'offre de soins (à travers les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire — SROS) et un encadrement des dépenses par catégories (hospitalisation, médecine de ville, biens médicaux) selon des procédures d'enveloppes financières globales plafonnées (autoritairement ou contractuellement) dans leur montant et leur progression. Au delà de modalités pratiques qui peuvent être variables selon les segments du système (budget global, objectif quantifié national, enveloppes diverses, taux de progression) il s'agit, sur le fond, de substituer à un processus non-maîtrisable, dans lequel les recettes s'adaptent spontanément aux

dépenses, un processus dont la logique redevient économique : ce sont désormais les dépenses qui sont fixées — à travers le vote annuel par le Parlement de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), cf. figure 1 — en fonction des capacités de financement que la Nation peut accorder au système de santé, concurrentement aux autres emplois de la richesse nationale ; avec pour conséquences des incitations à ne pas favoriser la dérive des chiffres d'affaires par la multiplication des actes et à rechercher les gains de productivité et l'efficacité au moindre coût.

Figure 1



Si la maîtrise globale des dépenses de santé est indispensable à la sauvegarde des grandes lignes d'un système de santé (auquel nous sommes collectivement très attachés) dans un contexte de substitution d'une logique de moyens (limités) à une logique de besoins (illimités), il ne faudrait pas

pour autant concevoir l'application de l'analyse économique au domaine de la santé comme une argumentation exclusive et unilatérale en faveur du rationnement en soi ou de tout ce qui permet de réduire les dépenses de l'Assurance-maladie.

En effet, le principe de base de calcul économique n'est pas de « faire des économies » — ce qui ressortit à la problématique gestionnaire, voire au simple impératif comptable — mais de déterminer, à partir d'un choix entre plusieurs alternatives d'utilisation des moyens, la stratégie optimale d'affectation des ressources ; c'est-à-dire d'atteindre le plus haut degré d'efficacité, conformément à la finalité ultime de l'économie : apporter à l'humanité le maximum de bien-être compatible tant avec l'étendue et la diversité des besoins qu'avec le niveau nécessairement limité des moyens disponibles.

II. ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE

Si l'analyse générale précédente était indispensable pour délimiter le cadre de la réflexion, elle n'en demande pas moins à être dépassée et spécifiée lorsqu'on focalise l'attention sur le domaine de la gynécologie-obstétrique et, plus largement, de la procréation humaine. Deux singularités vont plus particulièrement nous retenir ici : d'une part, au niveau quantitatif le plus général, la forte dépendance démographique de nos systèmes sociaux ; d'autre part, le caractère exceptionnellement favorable du rapport coût-avantages des actions entreprises et développées dans le secteur de la reproduction.

1. La dépendance démographique des systèmes sociaux

Il n'y a pas lieu d'insister outre mesure sur ce premier aspect qui manifeste une exigence sociale globale : l'option retenue, dans la mise en œuvre de nos systèmes actuels de protection sociale, en faveur d'une solidarité immédiate — que concrétise le choix de la procédure de la répartition, et non de la capitalisation fondée sur l'épargne volontaire individuelle — place au centre du débat l'évolution démographique de la population concernée et, plus précisément, le niveau du rapport entre cotisants et bénéficiaires.

Dans ce contexte, le recul de la natalité — en particulier faute d'une compensation sociale adéquate des charges familiales — fait apparaître en

pleine lumière l'antagonisme entre droits fondamentaux (liberté d'avoir ou de ne pas avoir des enfants) et droits sociaux (droit à la santé ou à la retraite); antagonisme qui manifeste de manière éclatante la préférence pour le présent et la consommation qui domine nos sociétés mais se révèle incompatible avec un fonctionnement équilibré à moyen terme, voire même avec la survie, à long terme, de nos mécanismes de protection sociale.

De sorte que, même sans faire référence aux problèmes plus lointains, et donc plus hypothétiques, résultant des différentiels de dynamisme démographique intercontinentaux, le simple souci du maintien de prestations sociales, largement perçues maintenant comme des droits acquis, conduit à considérer que tout franc marginal affecté au domaine de la reproduction humaine — sous son aspect quantitatif mais également aussi qualitatif, nous allons y venir — paraît doté d'une capacité de rendement social tout à fait exceptionnelle.

2. Un rapport coût-avantages exceptionnellement favorable

Compte tenu de cet impact direct sur le fonctionnement des systèmes sociaux, nous nous trouvons dans un secteur où le rapport coûts-avantages de la dépense est particulièrement élevé pour au moins deux raisons principales :

a. Tout d'abord, une des finalités premières de la dépense anté ou néonatale est de faire régresser le handicap dont le coût pour la société est colossal.

Sous réserve des difficultés de définition et d'estimation et des problèmes méthodologiques d'évaluation, on peut retenir le nombre d'environ 400 000 handicapés sévères d'origine congénitale et un coût estimé à plus de 100 milliards de francs ; chiffre qui, même s'il est très largement sous-estimé, permet cependant de souligner la remarquable rentabilité sociale et l'intérêt économique évident des actions de toute nature visant à assurer une prévention de toutes les formes de handicaps dans le domaine de la périnatalité. Dans cette optique, on ne peut que déplorer un certain nombre de tendances récentes : la difficulté à organiser efficacement en niveaux gradués et en réseaux coordonnés la prise en charge des grossesses, la confusion politique du débat proximité/sécurité concernant les maternités et surtout la désaffection croissante qui frappe — essentiellement pour des raisons tenant à la lourdeur de contraintes insuffisamment compensées sur le plan économique — la spécialité obstétricale et la démographie médicale de la branche en général.

b. En second lieu, il convient d'affiner l'analyse de la notion de dépenses de santé. La vision traditionnelle met toutes les dépenses de santé

sur le même plan, c'est-à-dire les considère comme des consommations pures et simples : même dans cette optique, les contraintes financières ne condamnent pas au statu quo et n'excluent nullement que des réallocations importantes de ressources soient opérées par exemple entre dépenses affectées à la phase terminale et dépenses affectées à la phase initiale de la vie, ceci même sans céder au vertige — parfois évoqué — de l'enfant parfait.

La répartition des dépenses de santé à un moment donné, et son évolution, ne résultent, en effet, nullement de l'expression d'une quelconque norme extérieure mais d'un consensus social que matérialisent les choix politiques — certes douloureux au sortir d'une époque où l'absence de limitation au niveau des ressources globales disponibles pour le système de soins a très largement institutionnalisé et systématisé le refus de choix et de remise en cause des positions acquises.

Mais un facteur supplémentaire doit être pris en compte dans cet éventuel arbitrage en faveur d'un redéploiement, à savoir que toute, ou presque toute dépense concernant l'enfant et réalisée en sa faveur, n'est pas assimilable à une consommation (c'est-à-dire à une destruction quasi immédiate) mais à un investissement (c'est-à-dire tout ce qui prépare le futur, l'améliore, accroît l'efficacité et l'efficience¹ de la société); on ne peut donc appliquer les mêmes modalités de calcul économique à des dépenses qui relèvent de la logique de l'investissement et devraient donc bénéficier à tout le moins d'une pondération accrue dans les décisions globales éventuelles de réaffectations des ressources.

Or, l'observation de la répartition intergénérationnelle des dépenses sociales au cours des vingt dernières années en France, fait apparaître que les dépenses de protection sociale concernant la petite enfance et la jeunesse n'ont que peu ou pas progressé alors que celles allant aux personnes âgées ont connu une impulsion sans précédent; le même phénomène s'observe d'ailleurs aux États-Unis où l'effort social par individu est estimé dans un rapport de 1 à 10 entre jeunes et vieux.

Force est donc de constater que nos sociétés ne sont guère sensibles à ce type d'argumentation et manifestent une préférence marquée et générale pour le présent; ce qui se traduit par des difficultés de financement pour tous les secteurs porteurs d'avenir, qu'il s'agisse de l'éducation, de la recherche (notamment dans le domaine de la santé), des activités économiques orientées vers le futur ou des dépenses en faveur de l'enfant.

1. Rappelons très sommairement qu'à la notion d'efficacité qui fait référence à la teneur qualitative d'un processus (par exemple, le degré de réussite d'une action médicale), doit être adjointe la notion d'efficience (ou de rendement) qui rapporte les résultats obtenus aux moyens mis en œuvre.

CONCLUSION : LA COMPLÉMENTARITÉ ENTRE ANALYSE
ÉCONOMIQUE ET ÉTHIQUE MÉDICALE.

Fréquemment, l'importance croissante accordée aux aspects économiques de l'analyse des systèmes de soins renforce l'impression d'une opposition entre approche économique et éthique médicale, la notion de maîtrise des dépenses étant assimilée à l'idée que ces dépenses ne comportent qu'une composante négative, qu'il convient d'enrayer.

Cette perception s'est développée à partir d'une vision très réductrice de l'économie de santé qui ne correspond pas à la réalité dans la mesure où la réconciliation des points de vue est non seulement possible mais nécessaire autour des notions d'optimisation et de rationalisation. L'importance d'une perception économique dans le domaine de la santé tient beaucoup moins à la volonté de maîtriser les dépenses qu'au désir d'atteindre le plus haut niveau de bien-être (dans le cas présent de sauver le plus grand nombre de vies humaines) compte tenu de l'incontournable limitation des ressources, même dans les pays les plus riches. Pour réaliser les indispensables choix sociaux (qu'ils soient individuels ou collectifs) le critère économique peut et doit être introduit dans la décision : il ne peut que renforcer, dans le domaine de la santé, la préoccupation éthique.

Résumé

L'objet de cet article est de montrer comment l'opposition entre exigences sociales (symbolisées par des formules telles que « la santé n'a pas de prix » ou « le droit à la santé ») et contraintes économiques nées de la crise a suscité l'apparition et le développement de cette discipline relativement nouvelle qu'est l'économie de la santé.

Deux thèmes majeurs de ce champ d'analyse sont successivement étudiés dans la première partie : celui des dépenses de santé et celui de leur dérive en présence de mécanismes de régulation déficients, permettant l'amorce d'une réflexion sur le problème politique essentiel de la maîtrise des coûts sanitaires globaux.

La deuxième partie pointe quelques spécificités qui conduisent à focaliser l'attention sur deux implications importantes de l'analyse économique appliquée au domaine de la gynécologie-obstétrique : d'une part la très forte dépendance démographique de nos systèmes sociaux fondés sur la répartition; d'autre part, le caractère exceptionnellement élevé du rendement social de l'investissement dans l'enfant.

Bibliographie

1. Delandé G. Introduction à l'économie de la santé. John Libbey Eurotext éditeur. Paris, 1992.
2. Le Faou A.L. L'économie de la santé en questions. Collection Ellipses. Édition Marketing, Paris 1997.
3. Ministère de l'emploi et de la solidarité (SESI). Indicateurs socio-sanitaires. Comparaisons internationales 1988-1994. Documentation Française, Paris, 1997.