

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia  
Faculté de Médecine  
*Département des Sciences Médicales*

Module

« Santé, Société et Humanité (SSH) »

COURS

« ÉCONOMIE DE LA SANTÉ »

1<sup>ère</sup> année Médecine (2024-25)

Dr CHALANE Smail

## COURS 1 :

# Introduction à l'économie de la santé (objet, méthodes et enjeux)

### 1. OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

À la fin de ce cours, l'étudiant sera capable de :

- comprendre la problématique, les domaines d'application et les concepts de base en économie de santé ;
- cerner les spécificités du « regard économique » sur la santé par rapport à la perspective médicale ou épidémiologique.
- saisir l'importance du concept de « coût d'opportunité » dans la détermination des choix collectifs.

## 2. PROGRAMME/CONTENU

Le cours est structuré autour de quatre thèmes abordés successivement :

### **INTRODUCTION : L'économie comme science de la rareté**

1) De la science économique...

2) ... à l'économie de la santé

3) Différences et complémentarités entre les approches médicale, épidémiologique et économique

### **CONCLUSION : Coût d'opportunité et choix collectifs**

## 3. DURÉE

02 heures.

## INTRODUCTION :

### L'économie comme science de la rareté

- **La plupart des besoins qu'éprouvent les êtres humains** pour se nourrir, se vêtir, se loger, se distraire ou se cultiver **ne peuvent pas être satisfaits spontanément**, par les seuls bienfaits de la nature.
- Les Hommes doivent donc **consacrer du temps et des efforts** à exploiter la nature et à **produire les biens qui répondent à leurs besoins**.
- Ainsi, un besoin ne présente un caractère économique que si sa satisfaction **nécessite des moyens matériels, humains ou financiers**.
- C'est cette **rareté relative des ressources** aptes à satisfaire directement leurs besoins **qui oblige les Hommes à avoir une activité économique** (travailler, produire...), et c'est à cette activité économique que s'intéresse spécifiquement la science économique.
- Le problème économique fondamental est donc celui de la **RARETÉ** :
  - parce que les **ressources disponibles** pour satisfaire nos besoins et nos désirs sont **insuffisantes**, nous ne pouvons obtenir tout ce que nous voulons et **nous devons nécessairement faire des choix**, ce qui nous force à **optimiser nos décisions**, i.e. à chercher et à choisir systématiquement la **meilleure utilisation possible** des ressources disponibles.
  - L'économie est donc la **science qui explique les choix (arbitrage) que font les acteurs sociaux** (individus, organisations ou institutions) pour faire face au problème de la rareté des ressources.

- Ce premier cours va vous initier, en tant que futur professionnel de la santé, à **l'analyse économique appliquée au domaine de la santé**.
- Dans notre exposé, nous insisterons particulièrement sur le **rôle important de la perspective économique dans les choix collectifs**.
- L'approche économique permet ainsi d'**éclairer le débat public et la décision politique**, notamment à travers la mesure et l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience du système et des programmes de santé.

## 1. De la Science économique...

- En épistémologie, une « science » est définie par son **objet d'étude** et par sa **méthode**.

### ⇒ DÉFINITIONS 1 : *Par son objet d'étude*

- L'économie est la science qui étudie comment les hommes **organisent leurs activités**, en vue de **produire les biens et les services** qui vont leur permettre de **satisfaire leurs besoins**.
- Elle étudie donc la façon dont les Hommes gèrent les **ressources rares** en vue de satisfaire des **besoins qui tendent vers l'infini**.
- Plus concrètement, elle analyse la **production**, la **répartition** et la **consommation des biens et services (outputs) ayant une utilité** et produits grâce à l'usage de **facteurs de production (inputs)** : capital, travail et progrès technique.

### DÉFINITION

Le « progrès technique » représente **l'amélioration des techniques** qui sont utilisées dans le **processus de production des biens et des services**. Le progrès technique, c'est ce qui permet de **rendre plus efficace l'usage des facteurs « travail » et « capital »**.

Le **progrès technique en santé** désigne l'amélioration des techniques et technologies utilisées pour diagnostiquer, traiter et gérer les maladies, optimisant l'utilisation des ressources et améliorant les résultats pour les patients.

**Exemples** : 1) L'**IRM** permet des diagnostics plus précis et moins invasifs. 2) La **télémédecine** améliore l'accès aux soins. 3) Les **dossiers médicaux électroniques** facilitent la coordination des soins et réduisent les erreurs médicales.

⇒ **DÉFINITION 2 : Par sa méthode**

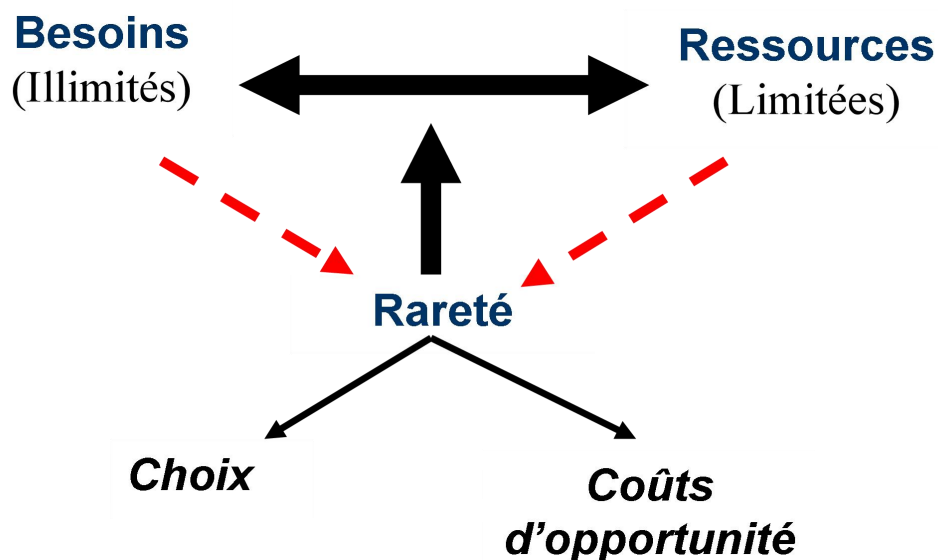
- C'est la science de l'**optimisation de l'usage des ressources rares** dont dispose la collectivité.
- **OPTIMISER**, c'est **gérer au mieux les ressources rares dont dispose la collectivité** ; c'est **obtenir le meilleur résultat (efficacité) avec le moins de ressources possibles**.
- Plus concrètement, l'économie cherche à définir les conditions permettant d'obtenir :
  - ✓ soit le **maximum d'efficacité (résultats)** grâce à un volume déterminé de ressources ;
  - ✓ soit le **coût minimal en ressources** pour un niveau déterminé d'efficacité (résultats).

**N.B.** Dans le monde contemporain, l'économiste se pose de plus en plus comme un **PRESCRIPTEUR DE RATIONALITÉ...** d'une forme particulière de rationalité : la **rationalité économique**, qui tend de plus en plus à « déborder » sur les autres champs sociaux (éducation, santé, aménagement du territoire...).

**ENCADRÉ 1 :**

**L'économie comme la science de l'allocation efficiente des ressources rares**

**DÉFINITION GÉNÉRIQUE :** La science économique aide à **formaliser les arbitrages nécessaires** pour résoudre la tension permanente entre les **besoins (potentiellement) illimités** des êtres humains et le **caractère limité** des ressources disponibles.



## 2. ... à l'économie de la santé

### → Selon la DÉFINITIONS 1 (*Par son objet d'étude*)

- L'économie de la santé s'intéresse à **l'obtention, à la diffusion et à l'utilisation du « capital santé » dans une population**, grâce à la *prévention*, aux *soins* et à la *modification des attitudes*.
- Cette définition conduit à distinguer :
  - ✓ d'une part, la **production d'utilité** (*extrant/output*) : l'état de santé de la population,
  - ✓ et d'autre part, les **moyens mis en œuvre, les facteurs de production** (*intrants/input*) : hôpitaux, médecine de ville, médicaments, prévention et attitudes influençant les états de santé.

### → Selon la DÉFINITIONS 2 (*Par sa méthode*)

- L'économie de la santé se propose **d'optimiser l'usage des ressources allouées à la santé**.
- Plus concrètement, elle cherche :
  - ✓ comment obtenir le meilleur **état de santé individuel ou collectif** à l'aide des **moyens financiers, techniques et humains** disponibles ;
  - ✓ ou encore, comment **minimiser le coût d'obtention d'un état de santé défini**.
- Quel que soit la définition adoptée, la santé et les moyens mobilisés pour le secteur relève bien de **l'approche économique**.
- En effet, même si l'on affirme encore au « café du commerce » que la « *santé n'a pas de prix* », chacun doit reconnaître que **les moyens mis en œuvre** (qui sont par définition rares, limités) **ont un coût pour la collectivité**.
- **Tout système de santé comporte donc une dimension économique** qu'il est indispensable de prendre en compte à la fois dans les *choix collectifs* et la *pratique quotidienne des professionnels de santé*.
- L'approche économique s'applique aussi bien à **l'analyse des techniques médicales** (ex. arbitrage dialyse/greffe dans le traitement de l'insuffisance rénale), la **sélection des meilleurs programmes de prévention**, **l'organisation d'un hôpital**, la **rationalisation des filières de soins** ou encore **l'opportunité de donner une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour un nouveau médicament** (pharmaco-économie).

- Cependant, **l'économie est souvent mal perçue parmi les professionnels de la santé**. Les raisons en sont multiples et variées :
  - ✓ **l'économie**, dans l'inconscient collectif, reste **synonyme de rationnement des ressources** voir d'**austérité budgétaire** ;
  - ✓ **l'économie est trop souvent assimilée au commerce et au profit**, en conséquence l'application du raisonnement économique à la santé implique la *dévaluation de la vie* et la *négligence de la souffrance* ;
  - ✓ **la santé est largement perçue comme un droit** et devrait être, en conséquence, en dehors des **logiques comptables ou financières**, etc.

### 3. Différences et complémentarités entre les approches médicale, épidémiologique et économique

- Dans ce qui suit, nous allons essayer de saisir les **spécificités du « regard économique » sur la santé** comparativement aux perspectives médicale et épidémiologique.
- Lorsqu'on est confronté à un problème de santé, **différentes approches rationnelles** peuvent être utilisées pour le résoudre. Dans tout système de santé, on peut identifier au moins trois types de « rationalités » :
  - La **logique médicale**, qui se concentre sur le *diagnostic* et le *traitement des maladies au niveau individuel*. Elle vise à soigner chaque patient de la manière la plus efficace possible.
  - La **logique épidémiologique**, quant à elle, s'intéresse à la *santé de la population dans son ensemble*. Elle cherche à identifier les facteurs de risque et à mettre en place des mesures de prévention pour réduire la fréquence des maladies.
  - Enfin, la **logique économique et assurantielle**, qui se préoccupe du *coût des soins* et de *leur prise en charge financière*. Elle vise à optimiser les ressources disponibles et à assurer la viabilité du système de santé.
- Ces rationalités sont **souvent complémentaires**, c'est-à-dire qu'elles s'accordent et se renforcent mutuellement. Cependant, il arrive parfois qu'elles soient **contradictoires**, autrement dit qu'elles s'opposent les unes aux autres.
- Ces trois logiques *interagissent* en permanence et *influencent les décisions* prises en matière de santé. **Comprendre leur articulation** est essentiel pour appréhender les enjeux complexes auxquels sont confrontés les acteurs du système de santé.
- Le tableau ci-dessous compare systématiquement ces trois approches et offre un aperçu des **différentes perspectives et méthodologies** qui structure le secteur de la santé.
- Cette analyse comparative mettra en lumière les différences fondamentales entre ces approches en termes d'**objets d'étude**, de **méthodes employées**, de **produits générés** et de **résultats attendus**.

## ENCADRÉ 2 :

### Logiques médicale/épidémiologique *versus* Logiques économique/Assurance-maladie

<i>Approche</i>	<b>Médicale</b>	<b>Épidémiologique</b>	<b>Économique / Assurance-maladie</b>
Échelle d'intervention	Individuelle	Populationnelle	Systémique
Objet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cas médical</li> <li>- Patient individuel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe de malades</li> <li>- Population à risque</li> <li>- Pathologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ressources financières</li> <li>- Systèmes de santé</li> </ul>
Méthodes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnèse (historique médical)</li> <li>- Diagnostic</li> <li>- Traitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation d'enquêtes épidémiologiques</li> <li>- Collecte et analyse de données épidémiologiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimation et analyse des coûts</li> <li>- Analyse coût-efficacité</li> <li>- Modélisation économique</li> <li>- Gestion des flux financiers (répartition des ressources)</li> </ul>
Produits	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ordonnance</li> <li>- Hospitalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport d'étude épidémiologique</li> <li>- Plans d'action sanitaire</li> <li>- Programmes de santé publique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Étude économique</li> <li>- Plan budgétaire</li> <li>- Schéma d'organisation sanitaire</li> </ul>
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge</li> <li>- Guérison</li> <li>- Amélioration de la qualité de vie du patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explication des causes</li> <li>- Réduction de l'incidence et de la prévalence des maladies</li> <li>- Maîtrise des programmes au sein de la population</li> <li>- Recommandations pour l'implantation ou la révision de programmes de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimisation (allocation rationnelle) des ressources</li> <li>- Efficience (résultat/coût)</li> <li>- Amélioration de l'accès aux soins</li> <li>- Pérennité du système de santé</li> </ul>

#### A) Logique médicale

⇒ Cette approche se concentre sur l'**individu** et le **cas médical spécifique**. Elle est caractérisée par :

- ✓ Un focus sur le **patient individuel** et son **cas médical particulier**.

- ✓ Des **méthodes cliniques** telles que l'anamnèse, le diagnostic et le traitement.
- ✓ Des produits concrets comme les **ordonnances** et les **hospitalisations**.
- ✓ Des résultats attendus centrés sur la **prise en charge**, la **guérison** et l'**amélioration de la qualité de vie du patient**.

## B) Logique épidémiologique

⇒ Cette approche **élargit la perspective à l'échelle de la population** :

- ✓ Elle s'intéresse aux **groupes de malades**, aux **populations à risque** et aux **pathologies dans leur ensemble**.
- ✓ Ses méthodes incluent la **réalisation d'enquêtes épidémiologiques** et l'**analyse de données à grande échelle**.
- ✓ Elle produit des **rapports d'études**, des **plans d'action sanitaire** et des **programmes de santé publique**.
- ✓ Les résultats visés comprennent l'**explication des causes des maladies**, la **réduction de leur incidence et prévalence**, et l'**amélioration des programmes de santé**.

## C) Logique économique/assurance-maladie

⇒ Cette approche adopte une **double perspective systémique et financière** :

- ✓ Elle se concentre sur les **ressources financières** et les **systèmes de santé dans leur globalité**.
- ✓ Ses méthodes incluent l'**estimation et l'analyse des coûts**, l'**analyse coût-efficacité** et la **modélisation économique**.
- ✓ Elle génère des **études économiques**, des **plans budgétaires** et des **schémas d'organisation sanitaire**.
- ✓ Les résultats attendus visent l'**optimisation des ressources**, l'**efficacité du système**, l'**amélioration de l'accès aux soins** et la **pérennité du système de santé**.

• Remarquons qu'il y a une **différence d'échelle** (individu / population / système) entre ces trois approches, ce qui souligne leur **complémentarité** dans la gestion et la structuration des systèmes de santé modernes.

• Chaque logique apporte ainsi une **perspective unique et essentielle** :

- ✓ La logique médicale assure une **prise en charge individualisée et de qualité pour chaque patient**.
- ✓ La logique épidémiologique permet une **compréhension plus large des enjeux de santé au niveau populationnel** et **guide les politiques de santé publique**.
- ✓ La logique économique/assurance-maladie vise à **garantir la viabilité et l'efficacité du système de santé dans son ensemble**.



- Cette analyse comparative souligne en définitive l'importance d'une **approche intégrée de la santé** qui prenne en compte ces différentes logiques pour élaborer des politiques de santé équilibrées et efficaces.
- Cependant, cette distinction soulève également des questions sur les **potentiels conflits** entre ces approches.
- Voici une série d'exemples illustrant les contradictions potentielles entre les trois logiques (médicale, épidémiologique et économique) dans le domaine de la santé, avec quelques exemples historiques :
  - ⇒ **Logique médicale vs. Logique économique**
    - **Durée d'hospitalisation** : Un médecin peut souhaiter garder un patient hospitalisé plus longtemps pour s'assurer de son rétablissement complet, tandis que la logique économique pousse à réduire la durée des séjours pour optimiser les coûts.
    - **Choix des traitements** : Un médecin peut préférer prescrire un médicament plus coûteux mais potentiellement plus efficace, alors que la logique économique favoriserait l'utilisation de génériques moins chers.
    - **Exemple historique - Thalidomide** : Dans les années 1950-60, ce médicament a été largement prescrit aux femmes enceintes malgré des doutes sur sa sécurité, en partie à cause de pressions économiques des laboratoires pharmaceutiques.
  - ⇒ **Logique épidémiologique vs. Logique économique**
    - **Mesures de prévention** : Les épidémiologistes peuvent recommander des mesures de confinement strictes face à une épidémie, tandis que la logique économique s'inquiète des conséquences sur l'activité économique.
    - **Dépistage de masse** : L'approche épidémiologique peut préconiser des campagnes de dépistage larges pour certaines maladies, alors que la logique économique peut considérer ces mesures comme trop coûteuses par rapport aux bénéfices attendus.
    - **Exemple historique - Tabagisme** : Dans les années 1950-60, les preuves épidémiologiques du lien entre tabac et cancer se sont heurtées aux intérêts économiques de l'industrie du tabac.
  - ⇒ **Logique médicale vs. Logique épidémiologique**
    - **Traitement individuel vs. approche populationnelle** : Un médecin peut vouloir prescrire un antibiotique à large spectre pour un patient spécifique, tandis que l'approche épidémiologique s'inquiète du risque d'antibiorésistance à l'échelle de la population.

- **Allocation des ressources** : La logique médicale peut pousser à investir dans des traitements coûteux pour des maladies rares, alors que l'approche épidémiologique privilégierait des interventions ayant un impact plus large sur la santé publique.
  - **Exemple historique - Vaccination** : Au 19ème siècle, certains médecins s'opposaient à la vaccination obligatoire contre la variole, privilégiant la liberté de choix individuelle, tandis que les épidémiologistes soutenaient cette mesure pour son bénéfice collectif.
- Ces exemples montrent que les trois logiques *peuvent entrer en conflit*, nécessitant souvent des **arbitrages complexes** dans la prise de décision en matière de santé publique.

## CONCLUSION : Le concept de coût d'opportunité et son implication dans les choix collectifs

- En économie, l'affectation des ressources productives se fonde sur le concept de « **coût d'opportunité** ».
- Le coût d'opportunité correspond à l'**ensemble des biens et services auxquels doit renoncer** tout agent économique qui choisit de consommer un bien ou un service particulier, compte tenu du fait que **les ressources à sa disposition sont limitées**.
  - ⇒ **Ex. 1** : *L'achat d'une voiture* entraîne un coût d'opportunité du fait de la renonciation à d'autres dépenses : un voyage, des vêtements ou repeinture son appartement.
  - ⇒ **Ex. 2** : Un malade qui hésite entre faire une *prothèse dentaire* pour lui-même ou offrir des *cours particuliers à son enfant*.
- De même, l'**argent alloué à la santé** a un « coût d'opportunité » en termes de **dépenses d'éducation, d'infrastructures, voire de consommation ordinaire**.
- Dès lors, *comment affecter les ressources* ? C'est le problème central qui se pose aux économistes.
- Les mêmes ressources sont en fait convoitées par différents besoins ou secteurs de l'économie nationale : **Comment affecter les ressources collectives ? Que faut-il privilégier ?**
  - ✓ **L'agriculture**, pour produire plus de biens alimentaires destinés à la population ?
  - ✓ **L'hydraulique**, afin de raccorder tous les habitants au réseau public d'eau potable et d'assainissement ?
  - ✓ **L'industrie**, pour garantir un emploi à chaque citoyen en âge de travailler... ou encore à chaque ménage une voiture ?

- ✓ **La défense nationale**, en vue de moderniser le « bouclier » de défense du pays en achetant plus de canons et d'avions ?
  - ✓ **L'éducation nationale**, afin d'élever le taux de scolarisation et lutter contre l'analphabétisme ?
  - ✓ ... La **santé**, pour rapprocher les structures sanitaires de la population, améliorer la qualité des soins et permettre aux algériens de vivre plus longtemps ?
- Dans une démocratie (normalement constituée ?), la « **société** » impose un **contrôle rigoureux** de ce qu'on appelle les **dépenses publiques** (qui regroupent les dépenses de l'**État central**, celles des **collectivités locales** et enfin celles des **administrations de la sécurité sociale**).
  - Dans les systèmes de santé contemporains, il y a dans cette perspective un **financement très largement socialisé** (*impôts et cotisations sociales* constituent l'essentiel des financements).
  - En se basant sur ce concept de « coût d'opportunité », l'économie de la santé a donc pour objet **d'éclairer les choix collectifs** en matière :
    - ✓ **d'efficacité allocative des dépenses publiques** : en indiquant les différentes possibilités satisfaisant une répartition optimale des ressources entre les différents services collectifs
      - ⇒ *Combien allouer au système de santé ?*
    - ✓ et **d'efficacité productive des dépenses de santé** : en s'assurant que les ressources mises à la disposition du système de santé sont bien utilisées, ont le meilleur rendement possible pour la société
      - ⇒ *Les ressources allouées au système de santé sont-elles utilisées à bon escient ?*