

CHAPITRE X

LES ETUDES ECONOMIQUES

Isabelle Jaisson-Hot, Catherine Buron, Jean-Paul Moatti, Cyrille Colin

Actuellement, les cliniciens ont le sentiment d'être confrontés à une double pression: l'une émanant des pouvoirs publics qui souhaiteraient les voir devenir les acteurs d'une politique de maîtrise des dépenses de santé, l'autre provenant des patients qui demanderaient à bénéficier sans limite des innovations technologiques médicales, souvent coûteuses.

Face à ces contraintes, il devient de plus en plus difficile de préserver ce fait déontologique fondamental que la décision médicale doit rester un contrat individuel entre le clinicien et le patient. Parce que les dépenses de santé augmentent près de deux fois plus vite que la richesse nationale, il est clair que les politiques de maîtrise des dépenses de santé vont continuer à peser encore longtemps sur le corps médical.

Dans l'hypothèse où le problème de l'équilibre à long terme des comptes de la Sécurité Sociale ne se poserait plus, la question de l'utilisation efficiente des ressources dans le système de santé n'en demeurerait pas moins, dès lors que les ressources financières disponibles ne sont jamais infinies. Toute utilisation non efficiente dans le secteur de la santé sacrifie la possibilité de produire plus de bien-être pour la collectivité, soit dans ce secteur lui-même, soit dans le reste de l'économie. Les mesures de maîtrise des dépenses de santé engagées ne font qu'accélérer la prise de conscience que toute décision médicale a des conséquences concrètes en termes d'allocation de ressources et implique un choix (implicite) de ne plus pouvoir utiliser les ressources ainsi consommées à d'autres fins.

La responsabilisation des cliniciens, qui engagent l'utilisation des ressources collectives, dans une politique de maîtrise des dépenses de santé, nécessite la connaissance des outils d'évaluation économique applicables à la pratique médicale.

Dans ce chapitre, nous nous efforcerons de mettre en perspective les analyses économiques appliquées aux stratégies de santé par rapport à ces débats sur le fonctionnement d'ensemble du système de santé.

PLAN DU CHAPITRE

I - LES DIFFERENTS TYPES D'ANALYSES ECONOMIQUES

- A - L'analyse minimisation des coûts
- B - Les analyses coût-efficacité et coût-utilité
- C - L'analyse coût-bénéfice

II - LES DIFFERENTES PERSPECTIVES D'ANALYSE ECONOMIQUE

- A - Le coût pour le payeur et pour l'hôpital
- B - Le coût pour le patient
- C - Le coût pour la société

III - LES DIFFERENTS TYPES DE COUTS

- A - Les coûts directs
- B - Les coûts indirects

IV - CONCLUSION

Dans nombre de situations, le souci d'optimiser l'allocation des ressources qui constitue la finalité première de l'analyse économique n'est nullement en contradiction avec l'intérêt des patients : supprimer un examen obsolète ou inutile, c'est éviter un gaspillage économique, mais c'est d'abord agir dans l'intérêt du patient ; de même, privilégier une stratégie médicale qui apporte le plus d'efficacité à dépense constante, c'est contribuer à la fois à améliorer les performances économiques du système, à réduire les charges de l'assurance-maladie et s'assurer que l'utilisation des ressources apporte le maximum de bénéfices pour les patients.

Deux confusions sont trop fréquentes. La première est celle qui réduit l'évaluation économique au seul souci de "faire des économies" : développer une nouvelle stratégie de santé source d'accroissement de dépenses peut s'avérer rentable économiquement dès lors que ce surcoût entraîne un bénéfice supplémentaire pour la collectivité (par exemple, un gain d'espérance de vie ou de qualité de vie). La deuxième confusion qui découle souvent de la première est celle qui identifie l'intérêt économique collectif avec le point de vue d'un agent particulier, tel la caisse d'assurance maladie ou l'hôpital : la prise en charge de patients atteints d'une maladie chronique d'une façon ambulatoire ou par un organisme de soins à domicile peut constituer pour l'hôpital une source d'économie budgétaire, mais elle ne garantit pas automatiquement l'intérêt de la collectivité, car la prise en charge à domicile peut augmenter les coûts pour les patients ou leurs familles.

Une clarification méthodologique des principaux éléments de l'évaluation économique peut s'avérer utile aux cliniciens afin d'optimiser leurs décisions. Nombre de stratégies de santé obéissent inévitablement à une loi des rendements décroissants, c'est-à-dire l'augmentation des moyens de production entraînant un rendement supplémentaire moindre.

Les progrès de la réanimation néonatale illustrent cette évolution : ce que coûte aujourd'hui la réanimation d'un prématuré de moins de 1 kg est sans commune mesure avec ce qui était consacré il y a une décennie pour un nouveau-né; il a été estimé que réanimer un prématuré de moins de 1 kg revenait deux fois plus cher que pour un prématuré de 1 kg à 1,5 kg et sept fois plus si on l'estime en années de vie sans handicap.

Parce qu'il n'est pas envisageable de "tout faire à tout le monde", la question des seuils légitimes à fixer à la stratégie de santé se pose fréquemment. Il peut résulter une tension entre l'exigence médicale que "le médecin ne peut dans le contexte d'un cas individuel placer les intérêts de la société au-dessus de ceux de l'individu" et la gestion des ressources médicales. Contrairement à l'idée reçue qui oppose éthique médicale et économie, cette notion est inscrite dans le code de déontologie médicale par son article 2, qui précise que le médecin est au service de l'individu et de la santé publique. Les cliniciens sont étroitement concernés pour trouver les moyens de concilier leur autonomie de décision et l'intérêt collectif du système de soins.

Là encore une meilleure connaissance des outils de l'évaluation économique constitue un pré-requis indispensable à des débats transparents sur la limite de la stratégie de santé et sur les systèmes de régulation.

I - LES DIFFERENTS TYPES D'ANALYSES ECONOMIQUES

Le principe de base de l'analyse économique dans le cadre de la théorie de l'économie appliquée aux investissements publics est la détermination d'un choix entre différentes alternatives d'utilisation de ressources. Elle permet de dégager la stratégie la plus efficace.

L'évaluation économique ne peut donc se limiter à une analyse descriptive de coûts ; elle implique d'analyser les différentes options en considérant simultanément les coûts et les conséquences, ce qui la distingue d'autres formes d'évaluation médicale (tableau 1). Dans certains cas l'alternative peut être la simple absence de programme.

Trois types d'analyse peuvent être définis en fonction de la nature du problème et du choix à effectuer (tableau 2).

A - L'analyse de minimisation des coûts

L'analyse de minimisation des coûts a pour but d'identifier la stratégie de santé la moins coûteuse pour assurer un certain service. Elle s'exprime en unités monétaires par patient traité.

Cette analyse ne se justifie que s'il a été démontré que les différentes stratégies de santé étudiées ont les mêmes conséquences en termes d'efficacité thérapeutique, ce qui est rarement le cas.

De plus, il est souvent important de vérifier qu'à efficacité égale les conséquences sociales sont également similaires.

Ce type d'étude peut être adapté à la situation hospitalière. En effet, on se place ainsi du point de vue de l'institution produisant des soins et on compare les coûts médicaux directs de deux procédures, par exemple de deux traitements antibiotiques, l'un étant administré par voie orale, l'autre par voie intraveineuse.

B - Les analyses coût-efficacité et coût-utilité

L'analyse coût-efficacité permet de comparer des stratégies qui diffèrent par leurs coûts et leurs effets. Elle s'exprime en unités monétaires par indicateur d'efficacité médicale (par exemple, en euros par année de vie sauvée).

Par exemple, une étude française réalisée par le groupe PREMISS (Protocole en Réanimation d'Evaluation Médico-Economique d'une Innovation dans le Sepsis Sévère) [1] a évalué le ratio coût-efficacité de la drotrécogine alfa (DA) comparée à la prise en charge conventionnelle dans le traitement du sepsis sévère en pratique réelle. Grâce à un modèle de type «avant» / «après», un ratio coût-efficacité de 20 300 euros par année de vie gagnée a été mis en évidence. Le seuil retenu était celui d'acceptabilité proposé par l'Organisation mondiale de la Santé (3 fois le PIB par tête). Pour cette valeur de disposition à payer, la probabilité pour que la DA soit coût-efficace était de 79 %.

De même, si la transplantation rénale, la dialyse en milieu hospitalier ou la dialyse à domicile diffèrent quant au nombre d'années de vie sauvées, il est possible de les comparer grâce à leur ratio d'années de vie sauvées par euro dépensé.

Dans certains cas, les indicateurs d'efficacité à dimension unique apparaissent inadaptés, notamment les programmes évalués agissent à la fois sur la durée et la qualité de la vie des personnes qui en bénéficient.

Pour traiter de ces situations se sont développées les études de type "coût-utilité" où l'indicateur de résultat devient le nombre d'années de vie gagnées ajustées sur la qualité de la vie liée à la santé (QALY: Quality Adjusted Life Years).

Pour être utilisables dans les études de type coût-utilité, les mesures de qualité de vie liées à la santé doivent être déterminées sur une échelle d'intervalle comprenant la parfaite santé et la mort : on parle alors de préférences cardinales, par opposition aux préférences ordinales résultant de l'utilisation d'une méthode de mise en rang (questionnaire psychométrique de qualité de vie). On utilise pour cela des outils expérimentaux innovants de détermination des préférences conduisant à une estimation indirecte de la qualité de vie des patients. L'utilisation d'une échelle visuelle analogique, du pari standard ou de l'arbitrage temporel, sont les trois outils les plus couramment utilisés et qui répondent aux exigences méthodologiques sous-tendant la réalisation des analyses de type coût-utilité.

Une option alternative à ces méthodes consiste à utiliser des systèmes de classification d'états de santé multi-attributs qui sont pré-scorés et qui évitent donc le travail long et délicat d'évaluation des préférences individuelles des patients : les trois systèmes principaux sont le Quality of Well Being (QWB), le Health Utilities Index (HUI) et l'Euroqol (EQ-5D), dont les fonctions « scorage » sont fondées respectivement sur des mesures d'échelle catégorielle pour le QWB, de pari standard pour le HUI et d'une échelle visuelle analogique pour l'Euroqol.

Par exemple, une étude de type coût-utilité évaluant différentes stratégies thérapeutiques dans le cas des formes périanales fistulisées de la maladie de Crohn a été réalisée [2]. Dans ce travail, un modèle de Markov a été utilisé pour simuler une période de traitement d'un an. La stratégie de référence, constituée de l'association 6-mercaptopurine et metronidazole, était comparée à 3 interventions : il s'agissait pour la première de 3 perfusions d'infliximab (à 0, 2 et 6 semaines) avec l'association 6-mercaptopurine et métronidazole en seconde ligne en cas d'échec ; de 3 perfusions d'Infliximib (également à 0, 2 et 6 semaines) avec une reperfusion épisodique en cas d'échec, pour la deuxième ; et enfin pour la troisième, de l'association 6-mercaptopurine et métronidazole avec des perfusions d'Infliximab (à 0, 2 et 6 semaines) plus ou moins associées à des reperfusion épisodiques en cas d'échec. Le critère d'efficacité choisi était la survie ajustée sur la qualité de vie dont l'unité est le QALY. Pour une efficacité quasi similaire, les 3 interventions évaluées étaient beaucoup plus coûteuses. Les ratios coût-utilité étaient respectivement de 355 450 \$/QALY (Intervention I), 360 900 \$/QALY (Intervention II) et de 377 000 \$/QALY (Intervention III). La véritable question émergeant de cette analyse était : la société est-elle prête à payer plus de 350 000 \$ pour chaque année de vie ajustée sur la qualité de la vie ?

Les analyses coût-efficacité ou coût-utilité peuvent conduire à 4 types de situation :

- La stratégie étudiée est moins coûteuse et au moins aussi efficace que la stratégie de référence, donc efficiente (et dite «dominante») : elle peut être recommandée d'un point de vue médico-économique.
- La stratégie étudiée est plus coûteuse et moins efficace que la stratégie de référence, donc n'est pas efficiente (dite «dominée») et ne peut être recommandée.
- La stratégie étudiée est moins coûteuse et moins efficace que la référence. Cette situation pose la question de savoir si les économies dégagées sont suffisantes pour compenser une baisse de l'efficacité.
- La stratégie étudiée est plus coûteuse et plus efficace que la référence. C'est la situation la plus fréquente. Il est alors nécessaire d'arbitrer afin de savoir si l'augmentation du coût est acceptable du point de vue adopté par l'étude en regard du gain d'efficacité obtenu.

Cet arbitrage s'effectue au travers du calcul d'un ratio coût-efficacité différentiel (Incremental Cost Effectiveness Ratio – ICER) qui fait le rapport de la différence du coût de 2 stratégies sur la différence de leur efficacité. Il s'interprète comme le surcoût

engendré par la stratégie pour gagner une unité d'efficacité supplémentaire par rapport à la stratégie de référence. Bien qu'il soit possible de comparer de simples ratios des coûts par rapport aux résultats pour chacune des stratégies de santé, la comparaison correcte est celle des coûts différentiels avec les résultats différentiels en vue d'établir une mesure appropriée des résultats finaux et constituer un critère d'aide à la décision.

Une fois le ratio coût-efficacité différentiel calculé, il s'agit de statuer sur le caractère acceptable ou non de la somme qui devrait être allouée pour obtenir ce gain supplémentaire d'efficacité. Cela pose la question de la détermination du ratio seuil, c'est-à-dire du ratio jusqu'au niveau duquel la collectivité est prête à aller pour obtenir ce gain supplémentaire. Selon les pays, ce seuil varie. En Angleterre, le National Institute for Clinical Excellence (NICE) utilise une fourchette de seuils allant de 20 000 £ à 30 000 £ par QALY gagné, mais le débat est toujours en cours à propos de l'utilisation et du niveau des valeurs seuils de l'ICER. Certains pays ont essayé de dériver une valeur seuil de l'ICER implicite en se basant sur des décisions passées en matière d'affectation des ressources. L'Australie a estimé une valeur seuil de 69 900 AU\$/QALY, la Nouvelle-Zélande de 20 000 NZ\$/QALY et le Canada a défini une fourchette d'acceptation allant du coût d'une intervention dominante jusqu'à 80 000 CAN\$/QALY avec une fourchette de rejet allant de 31 000 à 137 000 CAN\$/QALY (Valeurs seuils pour le rapport coût-efficacité en soins en santé, KCE reports 100B, 2008). En France, l'utilisation de «deux fois le produit national brut (PNB)» par habitant est évoquée par certains auteurs qui suggèrent qu'en dessous de 50 000 euros par année de vie gagnée on pourrait accepter sans discuter certaines stratégies [3]. Il serait nécessaire de débattre de leur bien-fondé pour celles se situant entre 2 et 6 à 8 fois le PNB par tête. Enfin, seraient rejetées celles dépassant le chiffre de 150 000 à 200 000 euros par année de vie gagnée.

C - L'analyse coût-bénéfice

L'analyse coût-bénéfice vise à comparer le coût d'une stratégie et son bénéfice. Dans une étude de ce type, les coûts réels et les conséquences sont exprimés en unités monétaires. Cette analyse vise à calculer le bénéfice net pour la collectivité de la stratégie de santé étudiée et à déterminer celle des différentes stratégies envisageables qui "maximise le surplus social net". Elle aide à déterminer si un certain objectif mérite d'être réalisé.

Plusieurs techniques de mesure du bénéfice sont disponibles. Dans la première, apparue dans les années 60 et qualifiée de méthode du «capital humain», le bénéfice est mesuré en tant que résultat de la production améliorée (ou détériorée) par le programme de santé. Cette méthode a été fortement critiquée, notamment en raison de son assertion que le but principal de la société est l'augmentation du produit national par tête, ce qui implique que les personnes non productives ne peuvent avoir d'amélioration de leur état de santé. Une autre technique dite «préférence révélée» est basée sur l'estimation des arbitrages monétaires qu'effectue l'individu en termes de prise de risque. Cette méthode vise, par exemple, à estimer le consentement à payer pour une réduction de risque morbide ou mortel, par l'observation, sur le marché du travail, des différentiels de salaires associés à un différentiel de risque. On peut ainsi déduire une estimation statistique du prix de la vie humaine. La dernière technique dite «préférence déclarée» est fondée sur l'expression des préférences déclarées par les individus sur un marché fictif. Parmi les techniques permettant d'estimer les préférences déclarées, l'évaluation contingente consiste à proposer à un individu une situation de marché hypothétique sur lequel la personne interrogée doit indiquer le montant monétaire maximum

qu'elle est prête à consentir pour accéder au bien proposé [4] [5]. Ce montant est un indicateur de l'utilité ou de la satisfaction que ce bien lui apporte.

Par exemple, une étude française a évalué, par simulation, l'opportunité en termes de coûts et de bénéfices cliniques, d'une campagne de vaccination contre l'encéphalite à tique chez les militaires français en mission au Kosovo, versus l'absence de vaccination [6]. Les auteurs ont valorisé le coût de l'absence de vaccination (dans l'optique du «capital humain»), et l'ont comparé au coût du programme de vaccination. Le critère de jugement de l'évaluation économique correspondait aux bénéfices de la vaccination en termes monétaires (valorisés par la méthode du capital humain) mesuré par le nombre de cas d'encéphalites à tique évités, c'est-à-dire au final en coûts évités. Ces coûts évités sont ceux liés à la mortalité et à la morbidité de la maladie. Les auteurs ont utilisé pour cela la valeur de la vie humaine exprimée en francs d'après la pension versée par le Ministère de la Défense aux ayants droits en cas de décès en service. Le coût des séquelles, quant à lui, a été obtenu par le guide-barème des invalidités versées au titre des pensions militaires (Guide-barème des invalidités applicable au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, fourni par le Secrétariat d'Etat aux anciens combattants). Les résultats étaient les suivants : 143 cas d'encéphalites à tique pouvaient être évités par la vaccination /4 ans, dont 3 décès et 17 patients présentant des séquelles invalidantes ; les coûts totaux de la vaccination étaient de 25,0 MF et les coûts totaux «évités par le programme de vaccination » s'élevaient à 27,1 MF.

Quel que soit le type d'étude, des incertitudes sur l'estimation des coûts ou des conséquences peuvent exister ; aussi, il est recommandé de réaliser dans chaque cas une analyse de sensibilité. Celle-ci vérifie si la modification des valeurs prises par les principales variables entraîne ou non une modification des résultats de l'analyse.

II - LES DIFFERENTES PERSPECTIVES D'ANALYSE ECONOMIQUE

Plusieurs points de vue sont possibles pour une analyse économique. Les coûts, les résultats, les bénéfices peuvent être envisagés de quatre manières : selon le payeur, le prestataire de service (l'hôpital), le patient et la société.

A - Le coût pour le payeur et pour l'hôpital

Le coût pour le payeur (assurance maladie) est égal à la tarification permise par celui-ci, tandis que ce même coût est pour l'hôpital le coût réel de la prestation de service quelle que soit la tarification. Pour déterminer le coût réel pour l'hôpital, il est souvent nécessaire de disposer d'une comptabilité analytique dans l'établissement, c'est-à-dire d'un dispositif comptable autorisant le calcul du coût par séjour du patient.

Par exemple, une étude a établi en déterminant le coût du travail du personnel soignant et les fournitures nécessaires, que délivrer un antibiotique en une dose journalière à la place de plusieurs doses permettait l'économie de 6 euros par patient et par jour pour la même efficacité thérapeutique. Cette économie intéressante pour l'hôpital est néanmoins sans répercussion pour le payeur.

B - Le coût pour le patient

Le coût pour le patient est la somme à payer non couverte par l'assurance maladie pour la prestation d'un service, celle entraînée indirectement par le traitement ou la maladie (journée de travail non effectuée, déplacement non pris en charge, ...) et celle des coûts subjectifs

(anxiété, douleur ...). Si la chirurgie ambulatoire, qui permet la réduction de l'hospitalisation, est source d'économie pour le payeur, elle peut être pour le patient source de dépenses supplémentaires variant en fonction de différentes modalités de remboursement. Les intérêts sont alors contradictoires selon la perspective d'analyse.

C - Le coût pour la société

Le coût pour la société est le coût total net pour les différents agents économiques de cette société, incluant la perte de productivité du patient et les dépenses totales entraînées par la maladie et sa prise en charge. Il représente ainsi le coût d'opportunité mesurant le sacrifice de ressources consenti pour un programme donné et ne pouvant être utilisé pour un autre effet.

Ainsi, la diffusion des innovations en matière de diagnostic prénatal des anomalies génétiques par les techniques de biologie moléculaire est actuellement freinée ; l'application de ces méthodes se traduit, pour les hôpitaux qui les pratiquent, par des charges supplémentaires sans contrepartie suffisante, alors que la rentabilité globale pour la société serait sans doute élevée.

III - LES DIFFERENTS TYPES DE COUTS

Différents types de coûts constituent le coût total : coût direct (médical et non médical) et coûts indirects (liés indirectement à la prise en charge).

A - Les coûts directs

Le coût direct est la valeur des ressources directement consommées pour le programme analysé.

Le coût direct médical inclut habituellement les frais d'hospitalisation, les médicaments, les examens biologiques et radiologiques, les honoraires médicaux, les soins de réhabilitation et les soins au long cours nécessaires.

Son estimation pose des problèmes méthodologiques, notamment parce que l'absence d'un véritable système de prix de marché dans le secteur sanitaire fait que les dépenses de santé ne sont pas toujours représentatives de la valeur réelle des coûts médicaux. En effet, le coût doit être distingué d'une tarification. La tarification est imposée par un système de régulation, qui souvent ne reflète pas le coût réel de production d'un bien ou d'un service.

De plus, de nombreux autres coûts directs non médicaux doivent être considérés : nourriture, transport non médicalisé vers les établissements de santé, équipement ou adaptation du domicile... Ils sont provoqués par la maladie ou le traitement mais n'ont pas entraîné de consommation d'un service médical. Certaines de ces sommes peuvent être à la charge directe du patient ou des proches du patient : une étude a montré que la famille d'un enfant cancéreux utilise un quart de son revenu pour des dépenses non médicales dues au traitement et habituellement non remboursées.

B - Les coûts indirects

Les coûts indirects représentent les pertes de productivité liées à la maladie, c'est-à-dire les heures de travail perdues consécutives à un épisode morbide.

La détermination de la perte de productivité se fait par la mesure du nombre d'heures ou de journées de travail perdues du fait de la maladie et de sa prise en charge. La mesure de ce nombre se fait par des enquêtes ad-hoc. Trois méthodes existent pour le chiffrage monétaire de ces pertes (Guide méthodologique pour l'évaluation économique des stratégies de santé, Collège des économistes de la santé, 2003) :

- La théorie du capital humain

Cette théorie conduit à chiffrer l'impact de la maladie par les pertes de production qu'elle induit, en multipliant le nombre de journées de travail perdues par la valeur de cette production, exprimée par le PIB par personne active, rapportée à la journée de travail. Simple à mettre en œuvre, cette approche est peu réaliste dans la mesure où elle repose sur l'hypothèse d'une économie de plein emploi au sein de laquelle la perte d'une journée de travail a un impact proportionnel et mécanique sur la production.

- L'approche des coûts de friction

Cette approche, plus réaliste que la précédente, considère que la perte de production n'est pas exactement proportionnelle au nombre de journées de travail et propose une modélisation macro-économique de l'impact des arrêts de travail sur le marché du travail. Elle requiert donc un travail empirique spécifique, important, réactualisé de façon permanente pour être appliquée.

Ces deux premières approches ne permettent pas de prendre en compte le travail non rémunéré, en particulier le travail domestique, ou le temps des personnes inactives comme les personnes retraitées ou en dehors du marché du travail en raison d'un handicap.

- La théorie du bien-être

La troisième approche est celle dérivée de la théorie du bien-être et s'applique dans le cadre d'études coût par QALY ou coût-bénéfice avec la propension à payer. Cette approche consiste à évaluer les inconvénients liés aux arrêts de travail en les intégrant dans l'évaluation faite par les patients de leur état de santé à la suite d'un traitement donné. Les coûts dits indirects sont inclus au dénominateur du ratio coût-résultats.

L'ampleur des coûts pris en considération doit être jugée en fonction du contexte et de l'objectif de chaque étude : se limiter aux seuls coûts médicaux directs peut être tout à fait adapté lorsqu'on compare deux protocoles thérapeutiques voisins dans un même contexte hospitalier ; en revanche négliger les coûts indirects biaise l'évaluation lorsqu'une stratégie de prise en charge hospitalière des troubles psychiatriques est comparée à une stratégie d'intervention communautaire.

IV – ACTUALISATION ET INFLATION

Actualisation :

Selon la théorie économique, une somme payée aujourd'hui n'a pas la même valeur si elle est payée plus tard : il existe une préférence pour le présent, car la disponibilité immédiate de ressources permet de les investir avec un intérêt, assurant plus tard une somme supérieure. Le raisonnement vaut pour les coûts et pour les résultats, lorsque ceux-ci sont valorisés de façon monétaire (analyse coût bénéfice).

L'actualisation est un calcul économique qui standardise les coûts dans le temps. Il repose sur un taux d'actualisation r qui relie C_n coûts supportés à l'année n , à leur valeur actuelle C_0 ; on peut utiliser des tables [7] ou une formule. En admettant que les coûts supportés en début d'année, donc non actualisés la 1^{ère} année, la valeur actualisée VA d'un coût est :

$$VA = \sum C_n(1+r)^{-n} = C_0 + C_1/(1+r) + C_2/(1+r)^2 + \dots + C_n/(1+r)^n$$

Le taux r est souvent choisi à 5 % ; une étude de sensibilité est conseillée (cf ci-après) pour apprécier l'impact de différents taux possibles sur les résultats de l'étude.

Inflation :

Lorsque l'augmentation annuelle des prix est notable (exemple des années 70 en France), ou s'applique différemment aux actions ou programmes comparés, elle doit être intégrée dans l'analyse.

V - CONCLUSION

S'agissant de la définition des politiques publiques en matière de santé, de programmes nationaux de prévention, des allocations d'investissements en équipements ou moyens lourds, le recours à l'analyse économique est "naturel" pour aider à définir, comme on l'a vu, les modalités optimales d'une intervention.

S'agissant de l'intégration directe de l'évaluation économique dans l'optimisation des stratégies cliniques, il faut en revanche se garder de toute logique normative et accepter comme nous l'avons signalé plus haut des tensions entre éthique collective et éthique individuelle. C'est afin de favoriser la transparence de tels débats que nous avons proposé, tout au long de ce chapitre, un rapprochement entre réflexion économique et pratique clinique.

Tableau 1 - Spécificité de l'évaluation économique en médecine

		Y-a-t-il mesure des coûts et des conséquences des alternatives ?	
		oui	non
Y-a-t-il comparaison d'alternatives ?	oui	évaluation économique	essai thérapeutique
	non	comptabilité analytique étude clinique	statistique de consommation

Tableau 2 - Typologie des études d'évaluation économique de stratégies de santé

type	mesure des coûts	identification des conséquences	mesure des conséquences
minimisation des coûts	euros	conséquences identiques pour toutes les alternatives comparées	aucune
coût-efficacité	euros	indicateur d'efficacité à dimension unique	unité physique
coût-utilité	euros	indicateur d'efficacité à plusieurs dimensions	QALY Espérance de vie ajustée sur la qualité
coût-bénéfice	euros	indicateur d'efficacité à une ou plusieurs dimensions	euros

Références

1. Payet S, Riou-França L, Le Lay K, Vallet B, Dhainaut JF, Launois R et le groupe PREMISS, Evaluation coût-efficacité de la drotrécogine alfa comparée à la prise en charge conventionnelle dans le traitement du sepsis sévère en pratique réelle, Journal d'Economie Médicale 2007, vol 25, n°4 ; 207-223.
2. Arseneau KO, Cohn SM, Cominelli F, Connors AF, Cost-utility of initial medical management for Crohn's disease perianal fistulae, Gastroenterology 2001;120:1640-1656.
3. Moatti JP, Le plan cancer en France : une réflexion d'économiste, Bull Cancer 2003 ; 90 :1010-5.
4. Desjeux G, Colin C, Launois R, La mesure de la disposition à payer dans l'analyse coût-bénéfice : l'évaluation contingente, Journal d'Economie Médicale 2005, 23(5) : 293-306.
5. Allenet B, Saily JC, La mesure du bénéfice santé par la méthode du consentement à payer, Journal d'économie médicale, n°5, 1999.
6. Desjeux G, Lemardeley P, Colin C, Pascal B, Labarere J, Etude coût-bénéfice de la vaccination contre l'encéphalite à tique chez les militaires français au Kosovo. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique;2001;49(3):249-257.
7. Drummond M, O'Brien B, Stoddard G, Torrance GW. Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé. 2^{ème} édition. Edition Economica 1998.

On pourra consulter également :

8. Gold MR, Siegel JE, Russell LB and Weinstein MC. Cost-effectiveness in health and Medicine, Oxford University Press, New York, 1996.
9. Bennett KJ, Torrance GW. Measuring health preferences and utilities : rating scale, time trade-off and standard gamble methods. In : Spliker B (ed). Quality of life and Pharmacoeconomics in clinical trials. Philadelphia : Lippincott-Raven, 1996;235-265.
10. Duru G, Auray JP, Beresniak A, Lamure M, Paine A, Nicoloyanis N. Limitations of the methods used for calculating Quality-Adjusted-Life-Years value. Pharmacoeconomics 2002;20(7):463-473.
11. Launois R. Les Arcanes décryptées de l'analyse médico économique à l'usage du décideur. Journal d'Economie Médicale 2008,vol.26,n°6-7,331-349.