Economie de la santé

Principes d'évaluation économique pour les responsables des programmes de contrôle des maladies tropicales

Organisation mondiale de la Santé
VIH/SIDA, tuberculose et paludisme
Faire reculer le paludisme

Juillet 2003

Edition Provisoire

© Organisation mondiale de la Santé 2003

Tous droits réservés.

Le présent produit d'information sanitaire est destiné à un public restreint seulement. Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit, transmis, distribué, traduit ou adapté, partiellement ou en totalité, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes ou de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans le présent produit d'information sanitaire et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Table des Matières

Modules d'apprentissage

1. Introduction à l'économie de la santé et à l'évaluation économique 3

2. Coûts 11

3. Coût-efficacité.....17

4. Coût-utilité 23

5. Coût-bénéfice 29

6. Les forces et faiblesses de l'évaluation économique.....35

Unité d'apprentissage 1

Introduction à l'économie de la santé et à l'évaluation économique

Objectifs d'apprentissage

Vous comprendrez quelle aide peut apporter l'évaluation économique au décideur de politique de santé ou au directeur de programme.

Les termes suivants vous auront été présentés:

- économie
- efficacité
- équité
- marché
- macroéconomie
- microéconomie
- économie de la santé
- évaluation économique (partielle et complète)
- analyse coût-efficacité
- analyse coût-utilité
- analyse coût-bénéfice

Économie

L'Economie est l'étude de la façon dont les personnes et la société emploient des ressources productives rares (pour lesquelles des utilisations alternatives sont possibles) pour produire différentes marchandises, les distribuer dans les différents groupes de la société et les consommer. Notez que par « ressources *rares* », les économistes ne veulent pas dire situation précaire (comme une famine). Ils désignent des ressources qui sont insuffisantes pour répondre à la demande.

Le but principal des économistes est de trouver des moyens pour allouer les ressources plus efficacement. Il y a différents types d'efficacité en termes économiques. Efficacité peut signifier:

- Utiliser le nombre le plus réduit d'entrées pour produire un résultat donné, ou maximiser les résultats à partir d'un nombre défini d'entrées (c'est l'efficacité technique)
- ou réaliser cela de la façon la moins coûteuse (efficacité économique)
- ou allouer des ressources entre plusieurs activités possibles, de manière à maximiser globalement le bénéfice (efficacité allocative)

Quoi qu'il en soit, la société ne demande pas toujours que les ressources soient allouées avec une efficacité parfaite. Il peut être *inefficace* de fournir des services à des régions isolées ou de subsidier le prix des aliments ou d'établir un salaire minimal, mais la société demande tous ces services pour que l'allocation des ressources soit équitable. *L'équité* est un autre concept-clé en économie, il signifie justice.

Equité veut dire que:

I) les personnes devraient être traitées de la même manière si elles ont un problème similaire, peu importe leur origine sociale ou géographique, ni leur salaire. C'est *l'équité horizontale*.

II) les personnes devraient payer des sommes différentes, en fonction de leurs possibilités de payer. C'est *l'équité verticale*.

La manière la plus commune d'allouer des ressources est le mécanisme de marché. En termes économiques, le *marché* est un ensemble d'arrangements par lesquels des vendeurs et des acheteurs sont en contact pour échanger des biens ou des services. Une grande part de l'économie concerne le fonctionnement du marché, par ex. la demande de l'acheteur pour les biens et le désir du vendeur de les fournir interagissent pour déterminer les prix. Vous pourrez entendre les termes: économie *positive* et *normative.* L'économie positive est l'étude des biens et services produits sur le marché, des ressources utilisées pour les produire et de comment elles sont distribuées. L'économie normative va une étape plus loin. Elle essaye d'estimer quels biens et services seront produits, quelles ressources vont être employées pour les produire et comment on les distribuera pour maximiser le bénéfice pour la société.

L'économie de la Santé est une forme d'économie normative, aussi appelée "économie du bien-être"; son but est d'estimer combien le travail économique contribue au bien-être de la société.

Vous entendrez aussi les termes *macroéconomie* et *microéconomie.* La macroéconomie concerne les situations économiques à large échelle, comme l'économie d'un pays. Les questions macroéconomiques sont souvent tellement immenses qu'on doit les simplifier, sinon tout le tableau deviendrait trop difficile à comprendre. La microéconomie observe les petites situations économiques, comme les décisions individuelles d'achat de biens dans l'un ou l'autre marché. L'analyse microéconomique peut être très détaillée, et par conséquent, assez réaliste.

L'économie sert à conseiller des décisions politiques dans de nombreuses situations. Tout comme vous décidez comment répartir votre revenu annuel dans la nourriture, le logement, la santé, l'éducation, etc, pour vos propres besoins, un pays doit lui aussi prendre des décisions similaires. Au niveau du Ministère national, l'avis économique peut aider à informer les décideurs sur des moyens efficaces et équitables de distribution des ressources entre les secteurs nationaux : la défense, l'agriculture, le transport et la santé. Au niveau des autorités de la santé du district, , un avis économique peut conseiller sur les moyens efficaces et équitables de distribuer les ressources entre, disons, le personnel des hôpitaux régionaux, le moyens de transport au niveau des hôpitaux de première ligne, le matériel nécessaire à la promotion de la santé, et l'approvisionnement en médicaments essentiels.

Economie de la Santé

L'économie de la santé est l'application des théories et des techniques économiques au secteur de la santé. La santé n'est pas en elle-même quelque chose qui peut être acheté ou vendu – dans certaines situations, aucune somme d'argent dépensée en traitements ne peut ramener la vie ou la santé. Ce sont les soins de santé qui sont des biens marchandables. Donc en pratique, l'économie de la santé est l'application de théories et techniques économiques pour pourvoir aux besoins en soins de santé (préventifs ou curatifs).

On a souvent mis en doute le rôle de l'économie dans la fourniture des soins de santé. L'argument était qu'idéalement, les soins de santé devraient être prodigués sur base de la nécessité de soins, pas sur un calcul d'efficacité. Mais en réalité, comme le savent les responsables sanitaires, les ressources sont toujours limitées et les problèmes de ressources influencent inévitablement les décisions. Le rationnement des soins de santé est une réalité. La recherche d'informations sur les meilleures façons de distribuer des ressources limitées est un moyen pertinent pour ne pas les gaspiller.

Des informations sur une allocation efficace des ressources peuvent aider les gestionnaires de programmes à démontrer aux autres — autorités financières, pourvoyeurs du budget — que les ressources limitées sont dépensées de la meilleure façon possible dans les services les plus appropriés. Cela peut aussi aider ces gestionnaires à distinguer des domaines qui, s'ils étaient mieux financés, seraient de bons investissements. Cette information peut permettre des économies dans des domaines inattendus. Elle est utile aussi pour clarifier et énoncer le coût de certains domaines où l'efficacité économique est sacrifiée au profit d'autres considérations.

Par exemple: après avoir établi l'allocation de ressources la plus efficace dans un système de soins de santé, on peut décider qu'un hôpital de campagne, qui n'est pourtant pas aussi efficace que l'hôpital de la ville, devrait rester ouvert parce qu'il n'est ni juste, ni équitable pour les personnes des environs de devoir se déplacer jusqu'à la ville pour recevoir des soins de santé. Cette décision a sa valeur, car c'est un choix de conscience au sein d'une politique globale de santé. Mais il faut aussi être capable de quantifier combien ce choix de « non-efficacité » va coûter à l'ensemble du système de santé.

Evaluation économique

Comme vous le voyez, les domaines de l'économie et de l'économie de la santé sont tous deux très vastes. Ce manuel n'abordera en profondeur qu'une partie de l'économie qui se rapporte au secteur de la santé: c'est l' é*valuation économique*. L'évaluation économique , qui est un exemple d' analyse *microéconomique*, observe les coûts et bénéfices pour des exemples particuliers de distribution de ressources, et détermine quelles seraient les répercussions positives ou non de changement d'allocation.

Souvent, l' évaluation économique est appliquée non seulement à un système existant mais à d'autres alternatives projetées possibles, pour voir si elles seraient meilleures, avant d'apporter des changements coûteux au système existant. Elle peut être appliquée aussi à une situation unique en prenant des points de vue différents. Par exemple, un choix dans l'offre de soins de santé peut paraître très différent, selon que vous le regardiez du point de vue du Ministère de la Santé, du Ministère des finances ou du patient.

Types d'évaluation économique

L'évaluation économique partielle peut étudier les coûts ou les conséquences de programmes de santé, ou encore les coûts et conséquences d'un programme particulier.

L' *évaluation économique complète* observe les coûts et les conséquences de plusieurs programmes et les compare. (voir Figure 1, ci-dessous.)

Il existe différents types d'évaluation économique complète, que l'on peut classer en fonction de l'unité utilisée pour mesurer les effets.

i) Mesure des bénéfices d'un programme de santé en termes d'*unités naturelles*, p.e. réduction des chiffres tensionnels après traitement hypotenseur. Ceci est connu sous le nom d'ACE: *analyse coût-efficacité* . Parce que la plupart des unités naturelles de résultats sont *maladie -spécifiques*, relevant d'une maladie et intervention particulière, on ne peut comparer entre elles que les alternatives d'une même intervention. Néanmoins, si l'ACE utilise pour l' expression des résultats une unité naturelle qui est *générique* (commune à plusieurs maladies ou interventions comme le "nombre de vies sauvées") , alors elle peut comparer entre elles deux à deux n'importe quelles interventions qui partagent le même moyen de mesure de leur résultat.

L'analyse Coût efficacité est étudiée dans l'Unité d'apprentissage 3.

ii) Mesurer les bénéfices d'un programme de soins de santé en termes de ce que les économistes appellent l'*utilité* (satisfaction ou bien-être du consommateur, qui, en économie de la santé, est en général le patient). On appelle cela l' *analyse coût-utilité* ACU. Pour exprimer les effets d'un programme de santé en termes d'utilité, nous devons employer une unité d'expression des résultats qui ne reflète pas seulement la quantité de vie sauvée par un programme de santé, mais aussi d'autres facteurs, comme la qualité de vie dont jouiront les patients sauvés, ou leur degré de handicap.

L'analyse coût-utilité est étudiée dans l'Unité d'apprentissage 4.

iii) Mesurer les bénéfices des soins de santé en termes d' *unités monétaires*. C'est ce que l'on appelle l'*analyse coût-bénéfice* (ACB). Parce qu'elle exprime à la fois les coûts et les résultats dans les mêmes valeurs (par ex. monétaires), ce type d'évaluation peut être utilisé pour déterminer si les bénéfices d'un programme sont supérieurs à son coût, et donc, si, au total, ce programme est avantageux. On peut l'utiliser pour l'évaluation de nombreuses interventions différentes, du moment que leurs résultats sont exprimés en termes monétaires. L'ACB s'ancre dans une théorie économique qui est différente de l'ACE et L'ACU.

L'analyse coût-bénéfice est étudiée dans l'Unité d'apprentissage 5.

Figure 1

----------	----------	**Examine-t-on à la fois les coûts (inputs) et les résultats (outputs) de ces alternatives?**		
----------	----------	**NON**		**OUI**
Compare-t-on 2 alternatives ou plus?	**NON**	Seuls les résultats sont examinés	Seuls les coûts sont examinés	
		EVALUATION PARTIELLE		EVALUATION PARTIELLE
		Description des résultats	Description des coûts	Description des coûts et résultats
	OUI	EVALUATION PARTIELLE		EVALUATION ECONOMIQUE COMPLETE
		Evaluation d'efficacité ou d'efficience	Analyse du Coût	• Analyse coût-minimisation • Analyse coût-efficacité • Analyse coût-utilité • Analyse coût-bénéfice

Source: Methods for the evaluation of health care programmes: Drummond, O'Brien, Stoddart and Torrance. Oxford Medical Publications 1997

Lectures conseillées

Health Economics: a guide to selected WHO literature: WHO Task Force on Health Economics, 1994

Health Economics: identification of needs in health economics in developing countries: WHO Task Force on Health Economics, 1994

Health Economics for developing countries: a survival kit: A. Mills and L. Gilson: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1988

Questions

1. Définissez:
   économie; équité; marché; utilité.

2. Dans un journal, trouvez si vous le pouvez un exemple d'enjeu économique dans les décisions politiques publiques- de préférence dans le secteur de la santé. Répondez aux questions suivantes et discutez-en avec les autres stagiaires et votre instructeur.

   a. En quoi l'exemple que vous avez choisi est-il un enjeu qui relève de l'économie?
   b. A part les facteurs économiques, quels autres facteurs interviennent dans la décision à prendre?
   c. Dans cet exemple, que devraient faire, selon vous, les décideurs de cette politique?

3. Dans votre travail actuel, avez-vous rencontré des économistes ou bénéficié de conseils économiques ?
   Avec quel résultat ?
   Discutez avec les autres stagiaires et votre instructeur comment une compréhension améliorée des enjeux économiques pourrait vous aider dans votre travail.

NOTES

Unité d'apprentissage 2

Coûts

Objectifs d'apprentissage

- Vous comprendrez l'idée de *coût économique* ou de *coût opportunité* de la maladie
- Vous saurez comment on fait une étude de coût de maladie et pourquoi *la réduction* est nécessaire
- Vous connaîtrez les noms de différentes *catégories* de coûts auxquelles les économistes se réfèrent et qu'il est important d'identifier dans une évaluation économique ou dans le budget d'un programme.

Les types d'évaluations économiques introduits dans le l'unité d'apprentissage 1 se basent sur l'aptitude des économistes à décrire les coûts d'interventions dans les soins de santé. Néanmoins, les économistes de la santé décrivent parfois non pas le coût du traitement d'une maladie mais le coût de la maladie elle-même.
Pourquoi? En analysant les coûts d'une maladie pour la société, les économistes peuvent attirer l'attention des décideurs sur sa gravité et ses retombées sur la société et le développement. Les études du coût d'une maladie peuvent être des facteurs persuasifs dans la décision de recherche de ressources supplémentaires pour les traitements et actions préventives.

L'idée du calcul du coût de la maladie est d'additionner ensemble TOUS les différents coûts qu' une maladie engendre pour la société. Donc, les économistes ne regardent pas seulement le *coût financier* (somme d'argent que le patient donne au médecin, ou montant payé par le responsable du programme de santé au fournisseur pharmaceutique). Ils doivent aussi prendre en compte, par exemple, les coûts de fonctionnement de l'hôpital dans lequel le patient est soigné, la perte de revenu potentielle pour le patient et pour ses proches qui consacrent du temps à s'occuper de lui, etc… Ce coût total pour la société est appelé *coût économique* de la maladie.

Coût économique

Le coût économique d'une maladie peut être divisé en trois catégories différentes:

Les coûts directs d'une maladie sont les coûts actuels du traitement et de la prévention, que l'on peut par exemple quantifier comme étant une partie des dépenses du budget de la santé, ou en termes de nombre et de durée d'hospitalisations. (les coûts directs sont généralement plus élevés que le coût financier réclamé au patient).

Les coûts indirects d'une maladie sont les conséquences de la morbidité (maladie) et de la mortalité (décès) sur la productivité ou les revenus. Cela peut être estimé en termes de perte

moyenne de revenus durant la période de maladie ou, en cas de décès, en calculant le montant des revenus potentiels futurs perdus.
Le coûts intangibles d'une maladie sont plus difficiles à quantifier. Ils comprennent la détresse et la douleur ressenties par le patient et les autres. Beaucoup d' études se concentrent uniquement sur les coûts directs ou indirects car les coûts intangibles sont trop difficiles à mesurer.

Coût économique = coûts directs + coûts indirects [+ éventuellement coûts intangibles] = coût "opportunité"

Les économistes peuvent aussi décrire le coût d'une maladie comme un *coût-opportunité,* qui signifie la "valeur de la meilleure proche alternative d'utilisation des ressources" (c.à.d la valeur d'*opportunités* prévues d'utilisation des ressources de manière différente)

Exemple:
une communauté aurait pu bénéficier de la construction d'une nouvelle aile d'hôpital si le budget du programme de santé n'avait pas été dépensé pour l'achat de médicaments contre une certaine maladie. La valeur que la société attribue à l'utilisation des ressources (ici: des médicaments efficaces) devrait toujours prévaloir sur le coût-opportunité. (la valeur pour la société d'une nouvelle aile d'hôpital) Sinon, l'achat des médicaments n'était pas une décision efficace.

Pour faire l'analyse du coût d'une maladie, un économiste additionne simplement tous les éléments des coûts directs et indirects quantifiables. Si un élément est trop difficile à quantifier, il peut l'exclure mais il doit alors signaler clairement dans l'introduction de son étude que certains éléments ne sont pas repris dans son champ d'analyse.

Réduction

Certains coûts seront faciles à quantifier dans la valeur monétaire actuelle. Par exemple, le coût moyen direct d'un traitement. Il suffit de le multiplier par le nombre de cas, de façon à estimer le coût total direct de la maladie.

Mais il sera plus difficile de mettre une valeur sur des coûts et bénéfices qui auront lieu dans le futur. Ce n'est pas à cause d'un changement dans la valeur de la monnaie. Même si l'on tient compte l'inflation, la valeur des futurs coûts et bénéfices est plus basse que maintenant. Ceci à cause de l'existence d'une *préférence de temps:* la plupart des gens préfèrent avoir des ressources maintenant plutôt qu'une promesse incertaine qu'ils les recevront peut-être dans le futur. Pour résoudre ce problème, et trouver la valeur actuelle de coûts ou de bénéfices qui prendront effet dans le futur, les économistes utilisent la *réduction*. La réduction est une opération mathématique pour réduire la valeur des futurs coûts et bénéfices, en reflétant le fait que l'argent dépensé ou les bénéfices reçus dans le futur ne devraient pas peser aussi lourd dans la décision que les coûts et bénéfices présents.

Pour réduire un coût ou un bénéfice, l'économiste choisit un taux de réduction, basé sur divers facteurs: ce qui est évalué (travail, loisir, etc), et la situation économique de la région où l'on étudie les coûts Le taux utilisé reflète le facteur par lequel les valeurs sont réduites; année par année, et obtenir leur valeur actuelle. Le choix de ce taux peut affecter énormément les résultats d'une évaluation économique.

Par exemple, les coûts d'un programme A sont plus bas; mais doivent être payés maintenant, alors que les coûts d'un programme B sont plus élevés mais peuvent être payés dans le futur. Une évaluation qui utilise un taux de réduction bas dira que le programme A coûte moins par vie sauvée que le programme B; une étude utilisant un taux de réduction plus élevé aura le résultat contraire.

Donc, le taux de dépréciation devrait être choisi avec précaution, pour s'adapter aux circonstances de chaque évaluation, et le taux devrait être modifié dans une analyse de sensibilité pour déterminer si les résultats de l'évaluation sont solides. Si vous désirez connaître les méthodes mathématiques utilisée en économie pour la dépréciation, vous pouvez vous référer aux ouvrages cités ci-dessous pour la lecture approfondie.

Catégories de coûts

Les coûts capitaux sont les coûts qui n'arrivent que rarement, parce que ce que l'on a acheté sera utile pour longtemps. Par exemple, le coût des immeubles, de la terre ou des transports. Si le programme demande de nouveaux immeubles ou équipements, il faudra payer des coûts capitaux importants au commencement du programme et ils apparaîtront dans les coûts de la première année. Quoi qu'il en soit, certains programmes sont capables d'éviter des frais capitaux importants en utilisant des ressources partagées (voir *frais généraux* ci-dessous) ou des donations.

Presque tous les éléments capitaux se dégradent. Que ces éléments capitaux soient achetés, partagés ou reçus par donation, le coût de leur dégradation (appelé *dépréciation*) doit être quantifié comme étant un coût du programme. La réduction de valeur des ressources capitales au long de la durée d'action d'un programme devrait être mentionnée et la *dépréciation* devrait être subsidiée, comme un coût dans le budget, de façon égale sur toute la durée d'action du programme.

Exemple: un projet de recherche de trois ans sur l' incidence de la schistosomiase utilise 2 landrovers pour aller sur le terrain. Les landrovers valent 10 000 unités monétaires au commencement du programme. Un mécanicien fait une estimation de leur valeur après 3 ans de fonctionnement du programme: elle valent 7000 unités monétaires chacune. Les landrovers se déprécient donc de 1 000 unités monétaires par an. Le budget du programme comporte, la première année, cet élément: "*20 000 – coût d'achat des landrovers*". Chacune des années 1, 2 et 3, comporteront cet élément: "*2 000 – dépréciation des landrovers*". Ceci représente le fait que, si l'on revend les landrovers au terme du programme, seules 14.000 unités monétaires, sur 20.000 au départ) seront récupérées.

Les coûts récurrents sont ceux qui arrivent régulièrement. Certains biens et services ne peuvent être utilisés que peu de temps ou même une fois seulement. Ils doivent être remplacés ou payés à intervalles réguliers. Les exemples de coûts récurrents sont les coûts liés au travail (càd, les salaires du personnel employé par le programme de santé) ou les coûts de l'approvisionnement médical, du transport,… (coûts consommables)

Les frais généraux sont les coûts des installations ou services qui sont partagés entre plusieurs différents programmes. Si vous voulez décrire ou analyser le coût d'un seul ou de deux des ces programmes qui partagent des installations ou du personnel, vous devrez déterminer le partage individuel des frais généraux que chaque programme consomme.

Exemple:
un groupe prénatal se rencontre dans un centre de santé, seulement un jour par semaine, et le reste du temps, le centre est utilisé pour d'autres activités. Un moyen simple pour estimer la part du groupe prénatal, serait de calculer quel pourcentage de la semaine il l'utilise et de multiplier ce pourcentage par le coût total de fonctionnement du centre.

Les coûts récurrents, les frais généraux et les coûts capitaux doivent tous être additionnés pour évaluer le coût total d'une intervention.

Coûts moyen et marginal

Coût moyen est le nom donné au coût par unité de résultat produit. L'unité de résultat est choisie pour convenir à chaque cas individuel. Le coût moyen est le coût total de l'intervention divisé par le nombre total d'unités de résultat produites.

Exemple: si le coût total d'un projet d'analyses sanguines est de 300 unités monétaires, et que l'on teste le sang de 75 personnes, alors le coût moyen par personne est 4 unités monétaires. L'unité de résultat choisie ici est "test de sang d'une personne"

Le coût marginal est le nom donné au coût supplémentaire de la production d'une unité supplémentaire de résultat par le même programme.

Généralement, ceci n'est pas simplement une charge en plus du coût moyen, pour les raisons suivantes. Si le programme ne fonctionne pas à plein rendement, alors l'unité supplémentaire peut profiter des ressources existantes et le coût marginal sera plus bas que le coût moyen. Néanmoins, si le programme fonctionne déjà à plein rendement, la demande de production d'une unité supplémentaire nécessitera des investissements en personnel ou installations et le coût marginal sera plus élevé que le coût moyen.

Coût incrémentiel est le nom donné au coût additionnel qu'un programme impose à un autre.

Les coûts moyen, marginal et incrémentiel sont étudiés dans l'Unité 3.

Lectures conseillées

The economic cost of malaria in Africa: Shepard, Ettling, Brinkmann and Sauerborn, Tropical Medicine and Parasitology, 1991.

Cost analysis in primary health care: a training manual for programme managers WHO Document WHO/SHS/NHP/90.5 unpublished (1990)

Methods for the evaluation of health care programmes: Drummond, O'Brien, Stoddart and Torrance. Oxford Medical Publications 1997 (chapter 4)

Questions

1. Imaginez que l'on vous demande de calculer le coût du paludisme dans une région. Dans votre étude de la région, vous découvrez les éléments suivants:

   Coûts directs du traitement à l'hôpital = 50 000 unités monétaires (um)
   Coûts directs des actions préventives = 80 000 um
   Nombre de personnes incapables de travailler cette année à cause de la maladie: 50 000
   Nombre de personnes incapables de travailler cette année à cause du décès: 50 000
   Salaire moyen: 20 um

   Sur base de ces données:

   a) Quel est le coût direct du paludisme pour la région cette année?

   b) Quel est le coût total indirect du paludisme pour la région cette année?

   c) Quel est le coût économique du paludisme pour la région cette année?

2. On vous confie la tâche de préparer un projet de budget pour un programme de contrôle du paludisme, qui durera 2 ans. Le programme doit approvisionner une région de 30 villages en moustiquaires imprégnées d' insecticide. Le programme devra acheter son propre moyen de transport, (qui, bien sûr, se dépréciera avec le temps). Par contre, il peut utiliser une partie d'un immeuble pour le stockage du carburant, des moustiquaires et insecticides, et occuper 2 administrateurs à plein temps.

   i) faites la liste des coûts récurrents, capitaux et frais généraux?

   ii) Le coût total du programme se révèle être de 60.000 unités monétaires. En prenant le "nombre de villages équipés" comme unité de résultats, quel est le coût moyen par village équipé?

   iii) Dans un projet, le transport fonctionne au maximum de sa capacité. S'il faut approvisionner des villages supplémentaires, il faudra acheter une nouvelle landrover. Le calcul du coût marginal de la couverture de 2 villages supplémentaires serait alors de 8000 unités monétaires.
   Notez la différence entre le coût moyen et le coût marginal. 8.000 unités monétaires, c'est le coût d'une campagne d'éducation des enfants dans une autre partie de votre région. Comment, selon vous, va réagir l'autorité locale à votre proposition de couverture des 2 villages supplémentaires?

Unité d'apprentissage 3

Coût-efficacité

Objectifs d'apprentissage

à la fin de cette Unité,

- Vous saurez ce qu'est une *analyse coût- efficacité* et pourquoi elle peut être utile.
- Vous saurez la différence entre *indicateurs de résultat intermédiaire* et in*dicateurs de résultat final* et leurs différentes utilisations.
- Vous comprendrez comment on calcule *un rapport coût efficacité*.

Cet unité d'apprentissage s'appuie sur ce que vous connaissez déjà à propos des coûts. Dans le module 2, nous avons identifié toutes les ressources dépensées pour une intervention et comparé les coûts de différentes interventions (ou le coût de l'extension d'une intervention). Néanmoins, nous pourrions vouloir comparer différentes interventions à la lumière de leurs coûts et de leurs résultats. Par exemple, investir dans un traitement plus cher pourrait en valoir la peine si ses résultats sont vraiment bons pour le patient.

L'analyse coût-efficacité est une forme d'évaluation économique complète (voir figure 1, module 1), qui considère à la fois les coûts et les résultats, et qui analyse plus d'une intervention afin de pouvoir établir des comparaisons. Elle nous permet de juger si l'intervention la moins chère en coût est aussi la plus avantageuse en terme de résultats.

Mesurer l'efficacité: indicateurs de résultat

L'efficacité, ou résultat d'une intervention peut être évaluée en indicateurs de résultat *intermédiaire ou final*. Les indicateurs de résultat intermédiaire se rapportent spécifiquement au cas en question et sont , en général, simplement les unités évidentes dans lesquelles les résultats de ce traitement ou de cette action préventive seraient normalement mesurés. Ils sont donc *maladie-spécifiques.* L'analyse coût-efficacité utilisant les indicateurs de résultat intermédiaire peut être employée pour comparer des alternatives d' interventions pour la même maladie ou condition.

Exemples: dans une analyse coût-efficacité de programmes pour arrêter de fumer du tabac, l'indicateur de résultat intermédiaire pourrait être le nombre de patients persuadés avec succès d'abandonner le tabac. Dans la chirurgie cardiaque, l'indicateur de résultat intermédiaire serait par exemple les patients qui ne présentent pas de complication après 5 ans. Dans l'analyse de traitements contre l'hypertension, l'indicateur de résultat intermédiaire serait probablement exprimé en chiffres de réduction tensionnelle.

Les indicateurs de résultat final sont en général le nombre de vies sauvées ou les années de vie sauvées. Les années de vie sauvées , qui prennent en compte l'espérance de vie restante du patient moyen, est un meilleur indicateur et peut être utilisé, par exemple, dans l'analyse coût-efficacité d'une unité néonatale (une intervention qui est importante en début de vie) versus le traitement des maladies cardiaques (intervention importante plus tard dans l'existence).

Parce que les indicateurs de résultat final se rapportent d'habitude à des vies ou des années de vie et qu'il sont *génériques,* (ce qui veut dire qu'ils ne sont pas spécifiques du type d' intervention qui est discuté), ils peuvent être utilisés pour comparer le coût-efficacité de n'importe quelle intervention qui a le même indicateur de résultat générique (même si elles ont lieu dans des domaines de la santé très différents).

Exemple: le rapport coût marginal-efficacité pour l'augmentation du matériel d'une unité de soins intensifs de 10 à 12 couveuses, est 20.000 unités monétaires pour 40 vies sauvées par an = 500 unités monétaires par vie sauvée.
Le rapport coût efficacité pour un programme de vaccination pédiatrique est 40 000 unités monétaires pour 4 000 vies sauvées par an = 10 unités monétaires par vie sauvée. Le responsable politique décide de garder l'unité de soins intensifs à sa taille actuelle et de dépenser plutôt le coût de 2 incubateurs supplémentaires pour financer la moitié d'un programme de vaccination.

Donc, en utilisant les indicateurs de résultat final, les décideurs peuvent juger la valeur d'un bénéfice incrémentiel dans un programme X, en regardant le coût opportunité en termes de perte de bénéfice dans un programme Y totalement différent. D'évidence, il est souhaitable de pouvoir utiliser les indicateurs de résultat final; mais en pratique, de nombreuses analyses coût-efficacité doivent utiliser les indicateurs de résultat intermédiaire.

Analyse coût efficacité

Pour réaliser une analyse coût efficacité , un économiste calcule les *rapports coût efficacité* (rapports CE). Ce sont les rapports du coût au résultat. Chaque intervention aura un rapport coût efficacité, qui égale le coût total de l'intervention divisé par le nombre total d'unités de résultat.

$$\text{Rapport coût efficacité moyen} = \frac{\text{Coût total}}{\text{Résultat total en termes d'unités de l'indicateur d'efficacité choisi.}}$$

Exemple: les rapports coût efficacité moyen de deux programmes d'éducation pour l'arrêt du tabac - L'un (A) coûte 100 unités monétaires, et a permis à 10 personnes d'arrêter de fumer; le second (B) coûte 150 unités monétaires et a permis à 12 personnes d'arrêter de fumer- seraient respectivement de 10 et 12.5 unités monétaires par ex-fumeur. L'indicateur d' efficacité choisi est: le “nombre de patients qui arrêtent de fumer".

Mais attention: l' intervention qui présente le rapport coût efficacité le plus bas ne sera nécessairement celle que choisira le décideur. Il ou elle peut juger qu'il vaut la peine de payer plus pour avoir des résultats supplémentaires même si le coût du résultat supplémentaire (*coût incrémentiel ou marginal*: cf Unité 2) est plus élevé que le coût moyen. Pour conseiller

correctement le décideur, il est important que l' économiste calcule le rapport coût efficacité de la différence d'efficacité entre deux interventions, càd le *rapport incrémentiel coût-efficacité*

$$\text{Rapport coût efficacité incrémentiel} = \frac{\text{différence de coût entre 2 interventions}}{\text{différence de résultat entre 2 interventions, en termes d'indicateurs d'efficacité choisis}}$$

Dans l'exemple précédent d'arrêt du tabac, les décideurs peuvent être prêts à payer les 50 unités monétaires supplémentaires pour permettre à deux personnes de plus d'arrêter de fumer. Un conseiller économique va calculer *le rapport coût efficacité incrémentiel* = 50/2 = **25** unités monétaire par arrêt du tabac. Le *rapport moyen coût efficacité* du programme A était 100/10 = **10** unités monétaires par arrêt du tabac. Vous constaterez que gagner les 2 derniers arrêts de tabac est beaucoup moins coût-effectif que de gagner les 10 premiers.

Les décideurs doivent prendre cela en considération. Peut-être que ça ne vaudra pas la peine de payer pour les 2 derniers arrêts du tabac. Mais d'un autre côté, il est peut-être quand même moins cher de gagner les 2 derniers ex fumeurs par le programme d'éducation B que par d'autres moyens (comme subsidier les traitements de substitution de la nicotine) Le rapport coût efficacité incrémentiel entre les programmes A et B est une partie importante de l'information dont les décideurs ont besoin pour prendre la bonne décision.

Enfin, l'analyse *coût-minimisation* est une forme rare d' analyse coût efficacité, où l'on peut prouver que les résultats comparés sont identiques. Dans le cas de la minimisation des coûts, le dénominateur de chaque rapport coût efficacité est le même, c'est tout simplement l' intervention la moins chère qui est identifiée comme la plus efficace. En pratique, les résultats des deux différentes interventions sont rarement identiques. Presque toutes les évaluations économiques comparent des activités avec des coûts et des résultats différents.

Lectures conseillées

Methods for the evaluation of health care programmes: Drummond, O'Brien, Stoddart and Torrance. Oxford Medical Publications 1997 (particularly on the discounting of future benefits)

Guidelines for cost-effectiveness analysis of vector control WHO Document WHO/CWS/93.4 unpublished (Peem Guidelines Series 3) (1993)

Questions

1. Quels avantages voyez-vous dans l' analyse coût efficacité pour évaluer des interventions sanitaires? Quels pourraient en être les désavantages?

2.
   i) Une unité mobile de transfusion sanguine peut recevoir 6 donneurs par heure. Son fonctionnement coûte 420 unités monétaires par heure, et fonctionne à plein rendement. Quel est le rapport coût efficacité de cette unité dans sa forme actuelle? (prenez le nombre de dons comme indicateur de résultat).

   ii) L'extension de l'unité à 8 donneurs par heure signifierait un coût de fonctionnement de 600 unités monétaires par heure. Quel est le rapport coût-efficacité marginal?

   iii) Le directeur du programme sait que le coût d'un don à la clinique de la ville est de 80 unités monétaires à la collecte de sang de la clinique fixe de la ville. Alors, pensez-vous qu'il ou elle va, dans ces conditions, décider d' étendre l'unité mobile?

NOTES

Unité d'apprentissage 4

Coût-utilité

Objectifs d'apprentissage

à la fin de cette Unité

- Vous comprendrez comment le coût-utilité est différent du coût-efficacité et dans quelles circonstances l'analyse coût-utilité est plus appropriée.
- Vous comprendrez le concept d' *utilité* et vous connaîtrez les méthodes principales pour déterminer l'utilité, en tant que mesure de la qualité de vie.
- Vous comprendrez le concept de *Quality Adjusted Life Year* (Années de vie corrigées par leur qualité) et le diagramme QALY.

Comme vous l'avez vu dans l'unité d'apprentissage 3, le coût-efficacité évalue le résultat d'une intervention en termes d'unités quantitatives naturelles, comme la réduction des chiffres tensionnels, les vies ou année de vie sauvées. Néanmoins, parfois, une évaluation uniquement quantitative ne nous dit pas suffisamment sur une intervention. Un patient peut évaluer un traitement autant pour ses effets positifs sur sa *qualité de vie*, que sur sa capacité de prolonger la *quantité d'années de vie.* D'autre part, certains traitements, comme la chimiothérapie, peuvent prolonger la quantité de vie du patient mais diminuent significativement sa qualité de vie à court terme.

L' analyse coût-utilité est une manière de comparer plus d' une intervention en évaluant leurs résultats à la fois en termes de quantité et de qualité de vie. La quantité de vie supplémentaire résultant de chacune des interventions est mathématiquement corrigée pour prendre en compte la qualité, en se basant sur une revue détaillée de la propre perception qu'a le patient de la valeur des années de vie avec une qualité de vie diminuée. Ce nombre corrigé des années qui restent à vivre est souvent exprimé dans des unités appelées Quality Adjusted Life Years (QALYs).

Exemple: après une opération pour enlever une tumeur, une femme de 65 ans pourrait vivre 10 ans de plus que si elle n'avait pas subi l'intervention. Néanmoins, elle aura des douleurs dorsales sévères pour lesquelles elle devra prendre des médicaments. Cette patiente donne à sa vie avec des douleurs dorsales une valeur moindre par rapport à sa vie en parfaite santé. Dans l'analyse coût utilité, la quantité d'années supplémentaires qu'elle a gagnées, 10 ans, serait exprimée dans un nombre de Quality Adjusted Life Years qui serait inférieur à 10.

Pour calculer le nombre de QALYs qu'un patient gagnera grâce à une intervention, nous devons déterminer quelle valeur il attribuerait à une diminution de sa qualité de vie.
Ceci peut être réalisé en posant aux patients (ou patients potentiels) une série de questions sur leur perception de la qualité de vie vraisemblable dans une certaine situation; ou en

développant des systèmes d'évaluation du patient par un observateur, qui se basent sur des catégories d' activités qui sont importantes pour la qualité de vie (comme la mobilité physique, la capacité de se prendre en charge, etc.)

La QALY est un exemple *d'unité composite ou multi-dimensionelle de mesure* (ainsi appelée parce qu'elle mesure plus d'une variable en même temps). Une autre unité composite est la Disability Adjusted Life Year or DALY qui mesure le poids du handicap (disability) associé à de nombreuses maladies en référence à un "score de handicap" standard établi par un groupe d'experts.

Utilité

Les économistes utilisent le terme *utilité* (qui signifie en économie le bénéfice qu'une personne reçoit d'un bien ou d'un service) pour désigner la valeur attribuée à un certain état de santé.

L'utilité d'un état de santé est habituellement exprimée sur une échelle allant de 0 à 1, où 0 = la mort et 1 = la parfaite santé.

Mesure de l'utilité

Comme nous l'avons mentionné plus haut, il y a plusieurs façons de déterminer l'utilité d'un certain état de santé. Certaines consistent en des questions au patient ou à une personne en bonne santé, à qui l'on demande de s'imaginer dans un état de maladie.

Dans la méthode *time trade-off* (échange de temps), on demande aux personnes participant à l'étude quelle quantité d'années de vie ils seraient prêts à échanger, càd abandonner, contre une période de vie plus courte d'une qualité meilleure.

Dans l'approche du *pari standard*, on demande aux sujets quelle qualité de vie serait à leurs yeux suffisamment basse pour qu'ils soient prêts à l'échanger contre une alternative risquée et incertaine, qui pourrait être soit la santé complète soit la mort immédiate.

D'autres systèmes impliquent la description d' un état de santé en référence à différentes catégories comme la mobilité, autonomie, relations sociales, douleur ou détresse, etc. En combinant ces éléments dans un tableau global, on déduit un *poids d'utilité* pour cet état de santé.

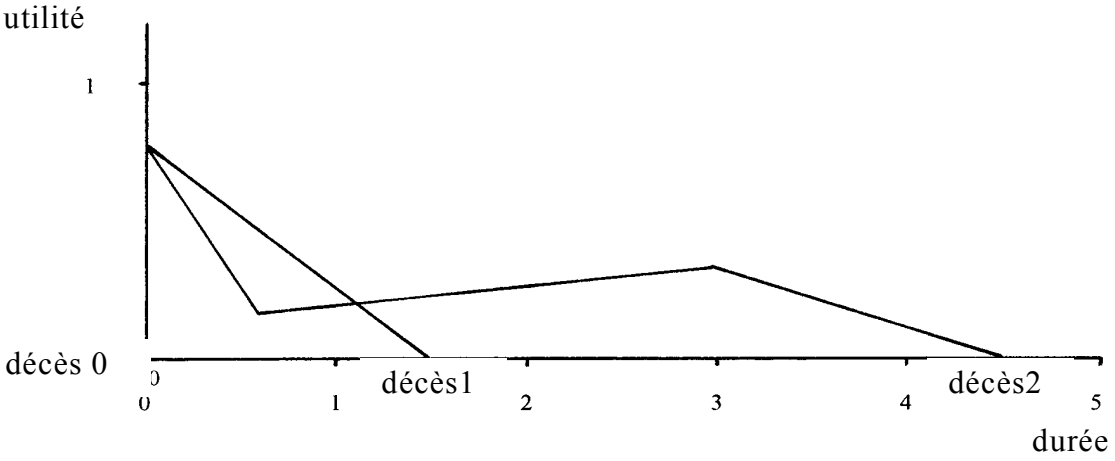
Calculs de QALY

Les années de vies corrigées en fonction de leur qualité ou Quality Adjusted Life Years se calculent en multipliant une certaine quantité de temps (durée d'un état de santé) par la qualité de vie durant cette période(càd l'utilité de cet état de santé, exprimée numériquement).

Nbre de QALYs = durée de la vie en années x l'utilité de cette période.

Exemple: en questionnant la patiente qui a mal au dos, ci dessus, on établit que l'utilité qu'elle attribue aux 10 années avec douleurs qui lui restent est 0.7 donc, le nombre de QALYs gagnées est de 10 x 0.7 = 7 QALYs.

Mais la plupart des calculs de QALY sont plus compliqués que celui de l'exemple ci-dessus. Les économistes utilisent souvent un diagramme QALY pour aider à visualiser les changements de qualité de vie qu'ils analysent[1].



Dans le diagramme ci-dessus, l'axe horizontal représente la durée (duration), càd la quantité d'années de vie du patient. L'axe vertical représente l'utilité de l'état de santé, càd la qualité de vie du patient. Imaginez un patient à qui on a diagnostiqué un cancer. Si ce patient meurt immédiatement, par exemple dans un accident de voiture sur le chemin vers l'hôpital, on place ce point à 0= la mort.

Mettons que le patient survive jusqu'à son arrivée à la consultation, et que l'on y décide de ne pas traiter le cancer, alors, le patient mourra au point : Mort 1.
Le nombre restant de QALYs représentent donc : l'utilité des années de vie restantes, multipliée par le nombre d'années restantes. Donc, dans le diagramme, le nombre de QALYs restantes est la surface sous la ligne, qui tend vers le point Mort 1.

Par ailleurs, on peut décider de traiter le cancer du patient avec une chimiothérapie. En ce cas, le patient mourra au point Mort 2. Le nombre de QALYs gagnées en comparaison avec une mort dans un accident sur le chemin de l'hôpital est représenté par la surface sous la ligne qui tend vers le point Mort 2.

Plus intéressante encore est la différence entre les QALYs gagnées, selon que l'on traite ou pas le cancer. Elle est représentée par la différence entre les 2 surfaces sous les lignes du graphique.

[1] Le diagramme QALY montré ici est un diagramme très simple, ce qui n'est pas courant! Dans la plupart des cas, l'état de santé se dégrade progressivement et devrait par conséquent être représenté par une courbe, et non par une série de lignes droites. Pour déterminer les surfaces sous les courbes, càd le nombre de QALY restant au patient, il faut employer des techniques mathématiques plus élaborées.

Sans traitement, Mort 1 apparaîtrait 18 mois après Mort 0, càd 18 mois à partir de maintenant. Avec un traitement, vous verrez qu'au départ, la qualité de vie du patient est bien moindre que s'il ne recevait pas de traitement, mais la qualité de vie s'améliore par après (une fois la chimiothérapie terminée) et le patient vit plus longtemps. En traitant ce cancer, on gagne donc 3 années de vie.

Néanmoins, le gain en QALY est significativement moindre que le gain en années de vie. Finalement, si 18 mois de vie sans traitement valent 1 QALY alors que 4.5 années de vie avec traitement valent 1.5 QALYs, alors, on ne gagne **que** 0.5 QALYs grâce au traitement. Ceci doit être pris en compte dans la décision pour ou contre le traitement

Analyse coût -utilité

Une fois que l'on a établi le nombre de QALYs gagnées avec une intervention, une analyse coût utilité va calculer le coût par QALY gagnée. Les économistes classent parfois les interventions *en tables de catégories de QALY (or de DALY*), par ordre croissant ou décroissant, selon le coût de l'intervention par QALY (or DALY) gagnée.

Le système QALY est la méthode la plus utilisée pour la mesure tant de la qualité que de la quantité de vie, mais il y en existe d'autres: deux des mieux connus se nomment : "Equivalent d'années en bonne santé" ou Healthy Year Equivalent (HYE) et « équivalent de vie sauvée chez un jeune » ou « saved-young-life equivalent » (SAVE). La DALY n'est pas concernée par la qualité de vie mais par le degré de handicap.

Lectures conseillées

Key Issues in Health Economics: G. Mooney, 1994: chapters 2 and 4

World Development Report 1993: World Bank (pp 213 – 224)

Question

1. On doit choisir, pour traiter un patient arthritique, entre 2 médicaments différents . Le médicament A donne d'excellents résultats, mais la résistance à son effet augmente rapidement et ses effets secondaires, dont la dépression, sont importants. Le médicament B n'a pas d'impact comparable sur les symptômes physiques de la maladie , la douleur et la mobilité limitée resteront donc des problèmes quotidiens. On vous demande de comparer les deux en utilisant l'analyse coût utilité et vous décidez d'utiliser un système catégoriel, basé sur 3 facteurs de la qualité de vie. Vous collectez les données suivantes auprès d'autres patients souffrant d'arthrite.

   traitement avec médicament A (première année)

mobilité	capacité d'autonomie	bien être social/émotionnel
95%	90%	55% (effets secondaires)

   traitement avec médicament B (première année)

mobilité	capacité d'autonomie	bien être social/émotionnel
60%	80%	70% (effets secondaires)

   traitement avec médicament A (seconde année)

mobilité	capacité d'autonomie	bien être social/émotionnel
50%	60%	40% (effets secondaires)

   traitement avec médicament B (seconde année)

mobilité	capacité d'autonomie	bien être social/émotionnel
60%	80%	70% (effets secondaires)

   Système de poids d'utilité (utility weighting system):l' utilité est estimée comme une constante pour chaque période d'une année, à la moyenne des pourcentages dans les trois catégories pour cette année-là.

   i) Calculez l'utilité de chaque traitement pour l'année 1 et 2.

   ii) Dessinez un diagramme QALY représentant les deux traitements. Sur les 2 périodes, combien de QALYs le patient va-t-il gagner grâce au traitement avec le médicament i) A? ii) B?

Unité d'apprentissage 5

Coût-bénéfice

Objectifs d'apprentissage

à la fin de cette Unité vous devrez:

- Savoir ce qu'est une analyse coût- bénéfice et la différence avec les analyses coût-efficacité et coût- utilité.
- Comprendre les termes *rapport coût-bénéfice et valeur nette actuelle.*
- Connaître les principales méthodes pour appliquer une valeur monétaire à des résultats en matière de soins de santé.

Comme vous l'avez vu dans les unités d'apprentissage 3 et 4, les analyses coût-efficacité et coût-utilité nous permettent de comparer des interventions en regardant la relation entre elles en terme de coût et de résultats (que ces résultats soient évaluées en unités quantitatives naturelles ou dans une unité mixte comme la QALY (Quality Adjusted Life Years).

L' ACE et l'ACU sont utilisées pour identifier le moyen le plus efficient pour déterminer les ressources qui paieront les différentes interventions, au sein d' un budget établi. L' ACB (Analyse Coût- Bénéfice) peut aller plus loin et envisager -d'un point de vue de société- quelles interventions valent la peine d'être subsidiées.

En effet, l'ACB détermine si l'intervention est par elle- même un réel bénéfice pour la société, en mesurant les coûts et les résultats dans les mêmes termes -monétaires- et en jugeant les bénéfices de l'intervention en comparaison à son coût. Le but de l'ACB est de déterminer si les bénéfices d'un programme sont supérieurs à son coût.

L' ACB est fermement enracinée dans la théorie de l' économie sociale.

Relation Coût- Bénéfice

On peut montrer cette relation coût- bénéfice sous différents aspects.

i) On réalise un rapport coût- bénéfice en divisant les coûts par les bénéfices. Les coûts, comme les bénéfices, doivent être exprimés dans leur valeur actuelle (ce qui veut dire que les éléments attendus dans le futur doivent être déduits). Si le rapport est inférieur à 1, alors les bénéfices sont supérieurs aux coûts et l'intervention en vaut la peine.

$$\text{Rapport coût-bénéfice} = \frac{\text{Valeur actuelle des coûts}}{\text{Valeur actuelle des bénéfices}}$$

ii) Une *valeur nette actuelle* se calcule en soustrayant les coûts des bénéfices (toujours dans leur valeur actuelle). Si le résultat est supérieur à 0, alors les bénéfices sont supérieurs aux coûts et l' intervention en vaut la peine.

Valeur nette actuelle = Valeur actuelle des bénéfices-Valeur actuelle des coûts

Mesurer les bénéfices: comment mettre des valeurs monétaires sur des résultats qui concernent la santé?

Les résultats d'interventions dans le domaine des soins de santé ne se prêtent pas aisément à des évaluations en termes monétaires.
Il est difficile de mettre une valeur financière sur une vie humaine sauvée, une vie sans douleur ou handicap. Néanmoins, l'analyse coût-bénéfice exige qu'on l'approche, et plusieurs techniques alternatives existent pour mettre des valeurs monétaires sur les résultats en matière de santé.

i) Capital humain. Le module d'apprentissage 2 traitait du coût économique d'une maladie, qui n' inclut pas seulement les coûts immédiats des soins de santé mais ,plus largement, le coût de la maladie pour toute la société. Par exemple, les pertes futures de revenus après un handicap ou une mort prématurée.
De la même façon, l'approche du capital humain pour évaluer les bénéfices des soins de santé calcule la valeur actuelle de revenus qui seraient perdus à cause de la maladie et pourraient être épargnés par l'intervention en question.
Pour plus de précision , on doit aussi attribuer une valeur monétaire au temps qui n'est pas rémunéré, comme le temps que de nombreuses femmes passent pour s'occuper des enfants. Par exemple, on pourrait évaluer ce que la femme aurait pu gagner par un travail rémunéré pendant ce temps, ou combien elle aurait déboursé pour payer quelqu'un d'autre pour s'occuper des enfants.

ii) Préférences exprimées: les métiers à risque nous permettent d' approcher la valeur monétaire que les personnes attribuent à leur santé et à leur vie. Les économistes examinent quel niveau de salaire va pousser les personnes à accepter un emploi qui comporte un risque de blessure ou de mort, et calculer à quel prix total ils évaluent leur santé. Cependant, cette méthode d'évaluation est sujette à des déformations: la perception du danger varie dans différents secteurs d'emploi et il y a d'autres facteurs importants dans le marché du travail, comme la demande d'emploi.

iii) Evaluation continue (aussi appelée motivation à payer ou motivation à accepter). Dans cette technique, les économistes demandent à des personnes de s'imaginer dans une certaine situation de santé/ maladie et de dire combien ils accepteraient de payer pour les soins de santé, ou combien ils voudraient être payés en compensation de soins de santé auxquels ils n'auraient pas droit. Les économistes peuvent utiliser cette technique pour estimer les valeurs de marché pour toutes sortes de biens dont la valeur monétaire actuelle est floue à cause de facteurs biaisants (par exemple: subsides du gouvernement aux soins de santé ou approvisionnement en médicaments).

Comme vous le voyez dans les trois techniques d'évaluation, beaucoup dépend du consommateur des soins de santé. Ce sont les pertes de revenu du consommateur que l'on calcule et c'est à lui que l'on demande de donner une valeur à la santé et aux soins de santé.

Ce n'est donc pas étonnant que l'évaluation du bénéfice soit très variable, dépendant principalement de qui est le consommateur en question.
Une analyse coût-bénéfice peut être réalisée dans la même situation, prenant comme consommateur d'abord le patient, puis le Ministère de la Santé, puis le Ministère des Finances. Les résultats seront très différents.
Donc, le facteur- clé dans n'importe quelle analyse coût-bénéfice (et dans toutes les évaluations économiques) est le *point de vue* que l'on choisit.

Lectures conseillées

Methods for the evaluation of health care programmes: Drummond, O'Brien, Stoddart and Torrance. Oxford Medical Publications 1997 (chapter 7)

Cost-benefit analysis of the onchoceriasis programme*: Kim and Benton, World Bank technical paper no. 282, 1995*

Questions

1. On vous donne les informations suivantes concernant un programme de vaccination contre une maladie X. Le programme couvre 30 écoles dans une région pendant un an (tous chiffres en unités monétaires):

   Coût du personnel médical/infirmier (salaire annuel total) : 6200
   Coût du temps d'enseignement perdu (dans chaque école): 50
   Coût des fournitures médicales (par mois): 300
   Coût du transport (par an): 2 500
   Coût du carburant (par mois): 100
   Nombre d'enfants vaccinés (total): 2 000
   Nombre moyen annuel de cas de maladie X chez les enfants dans une région similaire sans vaccination: 500
   Nombre de jours d'école manqués pendant la maladie X (annuels): 20
   Coût estimé en termes financiers d'un jour d'école manqué: 5

   Calculez le rapport coût-bénéfice et la valeur nette actuelle de ce programme de vaccination. En vaut-t-il la peine?

2. Un hôpital régional est situé à 4 heures de trajet pour toute la population de la région. L'hôpital de la ville est aussi près pour certains, mais pour d'autres, il se situe à 2 jours de trajet. L'hôpital régional est inefficient et menacé de fermeture par le Ministère de la Santé, qui alloue les ressources pour toutes les régions du pays. Le Ministère des Finances a déclaré que, si l'hôpital reste ouvert, la région devra payer son fonctionnement mais qu'ils investiront cette somme dans la construction de routes.

   Quelle conclusion peut-on approcher par une analyse coût-bénéfice de l'hôpital régional, si l'on prend le point de vue de
   i) les patients de la région,
   ii) le Ministère de la Santé
   iii) toute la population de la région? Quelles solutions imaginer pour cette situation?

NOTES

Unité d'apprentissage 6

Les forces et faiblesses de l' évaluation économique

Objectifs d'apprentissage

utilisez ce module pour:

- Discuter les principales forces et faiblesses de l'évaluation économique dans le domaine des soins de santé.
- Retourner à d'autres chapitres de ce cours dont vous n'êtes pas sûr ou sur lesquels vous avez des questions.

Les unités d'apprentissage 3, 4 et 5 ont introduit les principales catégories d'évaluation économique utilisées dans le secteur de la santé. Dans un monde voué au rationnement des ressources, l'évaluation économique est un outil important, qui

- peut apporter une transparence aux coûts et bénéfices des systèmes du secteur public, parfois difficiles à séparer et à analyser.
- proportionne les bénéfices tirés d'une intervention en analysant simultanément les coûts. A la lumière des coûts, les bénéfices peuvent paraître moindres qu'à première vue.
- aide beaucoup les décideurs politiques et les directeurs de programmes pour comparer entre elles plusieurs lignes d'action alternatives, de façon objective.
- peut aider les décideurs politiques et les directeurs de programmes à remettre en question la sagesse d'étendre un programme; malgré le succès du programme existant, les coûts marginaux peuvent être élevés.
- peut aider à promouvoir des interventions sous-estimées jusqu'à présent mais qui en fait représentent un bon placement.

Néanmoins, l'évaluation économique a des limites importantes.

Manque d'attention à l'équité

L'évaluation économique examine l'efficience d' interventions comparées entre elles. Le but est, lors de la création d'une politique de santé, d'aider à identifier quelle est la méthode la plus coût-efficace pour procurer un type de soins de santé, ou la répartition la plus efficace des ressources entre plusieurs types de soins possiblement applicables. Pour la société , ce peut être injuste ou acceptable d'interrompre tous les services inefficients, mais l'évaluation économique ne tient pas compte de tels principes d'équité.

Pour cette raison, les responsables politiques ne devraient jamais prendre de décisions en se basant uniquement sur l' évaluation économique . Dans le processus de décision, il faut aussi introduire des avis sur les autres facteurs. Se concentrer uniquement sur les éléments d'efficacité qui découlent d'une évaluation économique expose à des décisions peu judicieuses.

Par exemple, un décideur est informé qu'une analyse coût-bénéfice a indiqué la fermeture d'un hôpital rural. L'hôpital consomme trop de ressources par unité de résultat. Cet argent serait plus productif si on l'utilisait pour des projet de santé de la capitale. Par ailleurs, une étude a montré que la population est fière de son système de soins de santé, et surtout de la bonne couverture de l'entièreté du pays. La population croit que les hôpitaux ruraux doivent rester ouverts et est prête à payer plus de taxes ou d'honoraires pour faciliter cela. Si le décideur n'est pas informé des résultats de cette étude, il ou elle va décider de fermer l'hôpital. La fermeture est la décision indiquée par l'évaluation économique, mais serait malencontreuse, parce que : i) inéquitable ii) contraire au désir de la population iii) pas nécessaire(puisque la population s'est déclarée volontaire pour payer le coût supplémentaire).
Quoi qu'il en soit, même si le décideur peut prendre une décision contraire à celle qu'indique l'évaluation économique, l'évaluation reste un outil crucial dans le processus décisionnel, parce qu'elle donne une vision claire des décisions politiques publiques principalement motivées par l'équité, et de combien cela coûte.

Dangers de généralisation

Les évaluations impliquent parfois une référence très détaillée à une intervention, ses contexte et temporalité. Ceci signifie qu'il est dangereux de généraliser à partir d'une intervention particulière. Pour exemple, le niveau d' approvisionnement du système de soins de santé existant , sur lequel un programme doit se construire, va largement varier d'un pays à l'autre, ainsi que le coût du travail. Ces différents coûts vont énormément influencer les résultats de l'évaluation. Ce qui veut dire que, alors qu'il est plus coût-efficace de se concentrer sur un traitement dans un pays A, il est mieux de travailler les actions préventives dans un pays B, malgré le fait que les deux pays sont limitrophes et ont des problèmes de santé similaires .

Conclusion

L'évaluation économique peut être un outil flexible et crédible dans la formulation d'une politique de santé et la gestion de programmes de santé. Elle peut apporter une transparence appréciable dans un secteur public, nous permettant de voir quelles sont les parties coûteuse du système et la relation de ces coûts avec les résultats. Elle peut aider les décideurs et les directeurs de programmes à être plus objectifs et cohérents d'une décision à l'autre.

Quoi qu'il en soit, l'évaluation économique n'est pas une formule magique qui pourrait (ou devrait) ôter le jugement, la responsabilité ou le risque décisionnels en matière de programmation de soins de santé. D'autres facteurs doivent peser dans la décision, au même titre que l'efficacité. Et l'importance relative donnée à chaque facteur dépendra du contexte et de l'individu dirigeant ou politicien à qui incombe la responsabilité finale.

Lectures conseillées

The application of economic evaluation techniques in the health sector: the state of the art: D. Evans and S. Hurley, Journal of International Development, Vol 7, No 3 (1995)

Questions

Vous êtes un conseiller du Ministre de la Santé . Il y a récession économique et le Ministère des Finances va couper dans le budget du Ministère de la Santé. Certaines ressources devront être redistribuées. Dans la capitale de votre pays, une maladie contagieuse peut se propager rapidement dans l'entassement des villes, mais seulement 40% des enfants sont vaccinés contre les principaux agents infectieux mortels. Deux hôpitaux desservent la capitale et il y a un hôpital pour la région rurale de votre pays. Tous ces hôpitaux ont une unité néonatale.

Un économiste vous informe que les bénéfices, évalués en termes monétaires, de l'hôpital rural sont inférieurs à son coût. L'unité néonatale rurale n'est pas non plus coût-efficace en comparaison aux deux unités de la capitale. De plus, en faisant une analyse coût-utilité, on a découvert que vacciner 30 % d'enfants supplémentaires à risque de maladie contagieuse dans la capitale revenait à un cinquantième du coût (par QALY sauvée) de fonctionnement de l'unité néonatale rurale.

Les économistes recommandent la fermeture de cette unité néonatale; les nourrissons qui auraient besoin de soins devraient, si possible être transportés dans les hôpitaux de la ville. L'argent épargné pourrait servir à des programmes de vaccination dans la capitale.

Mais les experts des autres Ministères et les associations de consommateurs signalent que:

- Ce n'est pas uniquement dans le secteur de la santé que l'on retrouve des coûts élevés par tête dans les régions rurales, c'est aussi vrai pour d'autres services: e.a. l'éducation, la poste.
- Des coûts par tête élevés ne sont pas une raison de supprimer automatiquement ces services.
- Le gouvernement ne favorise pas les politiques qui encouragent plus de gens à migrer vers la capitale.
- Le pouvoir politique du Ministre de la Santé a ses racines dans le Nord, région rurale.

Quelles restrictions budgétaires suggéreriez-vous au Ministre?

Quelle sera selon vous la décision finale du Ministre?