

La notion de coût en économie de la santé

Document de travail

Michel Grignon, Fabienne Midy

N'ayant pas suivi les procédures de relecture et de validation en vigueur dans l'institution, ce document de travail ne reflète que l'opinion de ses auteurs et ne saurait engager le CREDES.

Résumé

En partant de différentes définitions du coût économique proposées dans la littérature, ce document de travail se propose de souligner combien le concept de coût n'a rien de simple ni de " naturel ". C'est une construction intellectuelle qui peut renvoyer à différentes théories économiques donnant à cette notion un sens différent. Et dans la pratique, toute estimation de coût procède d'une série de conventions de calcul : différents systèmes de conventions et de choix méthodologiques peuvent être justifiés, qui donneront *in fine* des résultats variables en termes d'estimation des coûts.

En particulier, nous revenons sur un débat théorique qui a opposé une équipe de chercheurs américaine (le Panel de Washington) à une équipe de chercheurs de Rotterdam (le groupe Erasmus) en 1996 et 1997, à propos de l'analyse des coûts liés à la sphère productive.

L'ensemble de ces discussions nous permettent à la fin du document de poser certaines questions sur le champ de pertinence du calcul d'un ratio économique, sur la perspective sociale en générale recommandée pour l'analyse et de proposer une approche pragmatique d'évaluation des conséquences économiques.

Selon l'étymologie¹, le verbe « coûter » vient du latin *constare*, qui signifie « être certain » et qui c'est spécialisé dans le latin populaire pour indiquer le prix. Il apparaît sous la forme Couci (coster) en 1190. Le nom « coût » apparaît en 1155, de l'anglais *cost*.

Dans le résumé général de son cours sur « l'évaluation des coûts » (Ecole des Mines de Paris, 1980), C. Riveline montre que, contrairement à ce que suggère l'intuition, le coût n'est pas une caractéristique objective d'un bien, comme peut l'être sa masse ou sa composition chimique. Le développement de l'auteur repose sur certains principes fondamentaux qui lui permettent de circonscrire de manière assez provocatrice la notion de coût : « *le coût d'un bien n'existe pas* ». Cette formule insiste sur le caractère relatif et situé de la notion de coût : relatif parce que l'analyse économique porte en fait sur le coût d'une décision (celle de produire le bien X plutôt que le bien Y) et non sur un bien ou service dans l'absolu, situé parce que la notion de coût n'est pas univoque mais qu'elle dépend en particulier du point de vue adopté (notion d'observateur) ou de la dimension temporelle de la décision (notion d'échéancier).

Une fois que l'on a accepté cette indétermination comme constitutive de tout calcul de coût, il est plus facile de comprendre pourquoi la notion de coût donne lieu à tant de calculs différents en pratique, quand il est défini de manière uniforme dans la théorie économique.

Partie 1 - Question de définition

L'objet premier de l'économie est l'allocation optimale de ressources rares. L'idée générale est la suivante : lorsque l'on décide de produire un bien économique, les facteurs de production mobilisés sont de fait indisponibles pour une autre production. Choisir de produire un bien particulier revient donc à en sacrifier un autre. L'objectif de l'économiste est de s'assurer que pour un budget donné, le sacrifice (ou gain alternatif potentiel) n'est pas supérieur au gain réalisé. Les fondements théoriques du coût économique sont à rechercher dans l'analyse marginaliste.

¹ Dubois J, Mitterand H, Dauzat A (1993) « Dictionnaire étymologique et historique du français » Larousse.

Menger exprime le premier l'idée de saturation des besoins (*Gesetz der Bedürfnissättigung*), qui conduit à la première loi de Gossen (postulat), « l'utilité marginale est décroissante ». Menger ajoute aussi la deuxième loi, qui est un théorème : « afin de tirer la satisfaction maximale d'un bien quelconque apte à satisfaire des besoins différents un individu doit le répartir entre ses différents usages de manière à rendre égales ses utilités marginales dans chacun d'eux ».

Menger ajoute enfin l'idée selon laquelle les moyens de production (« biens d'ordre supérieur » dans sa terminologie) sont aussi des biens économiques parce qu'ils apportent une satisfaction des besoins de manière indirecte (en servant à produire les biens inférieurs, qui satisfont directement les besoins). De ce fait, il étend le principe de l'utilité marginale à toute la zone de la production (et de la répartition, la valeur du facteur étant le revenu de son possesseur).

Ces facteurs qu'on peut acheter et combiner sont, dans la terminologie de Menger, des biens économiques à part entière, que leur utilisation dans un processus de production détruit, de la même manière que les biens de consommation utilisés par le consommateur final pour produire son bien-être sont détruits par cette consommation. Utiliser un facteur de production, c'est donc le détruire et l'empêcher de servir dans un autre processus de production.

Le coût de production, c'est donc simplement, dans la perspective marginaliste autrichienne, la valeur d'échange des facteurs.

Si le marché sur lequel on se procure le bien « facteur de production » est parfait, le coût du facteur dans le processus est simplement son prix d'acquisition ; si le marché est non parfait, ou si le facteur est déjà détenu par le producteur, on peut quand même évaluer le coût de son utilisation/destruction via la mesure de ce qu'il aurait pu lui rapporter dans sa meilleure utilisation alternative possible : « l'ingénieur-conseil connaît parfaitement la liste complète de tous les choix acceptables. Elle définit l'horizon technologique de [l'ingénieur] » (Schumpeter, 1954, page 361).

Cette théorie de la production comme achat débouche donc naturellement sur la théorie du coût des usages alternatifs ou du coût d'opportunité, terme dû à D. I. Green (« Pain Cost and Opportunity Cost » *QJE*, janvier 1894), popularisé par H. J. Davenport, qui lui préfère néanmoins celui de Coût de déplacement et qui affirme :

« une chose nous coûte réellement le sacrifice de l'utilité des autres choses que nous aurions pu obtenir avec les ressources consacrées à celle que nous avons produite ».

En théorie, la détermination des coûts d'opportunité se résout dans l'échange de marché. A l'équilibre, le prix du facteur est à la fois égal à son coût marginal dans les entreprises qui l'offrent et au produit de sa productivité marginale par le prix des biens fabriqués dans les entreprises qui le demandent. Le prix de marché est donc une bonne approximation du coût d'opportunité, qu'il est par ailleurs impossible d'évaluer de manière directe.

Fargeon (1997) synthétise cette idée en disant que, pour la théorie de l'équilibre général, les facteurs de production sont des ressources pré-existantes et génériques, c'est-à-dire « des ressources qui existent indépendamment du processus de production auquel elles participent. Elles sont donc transférables d'un processus de production à un autre et le problème qu'elles posent est celui de leur disponibilité relative et absolue » (page 50).

En économie, le coût de production d'un produit est égal à la somme des coûts d'opportunités des ressources consommées, le coût d'opportunité d'un facteur de production étant défini comme la valeur de ce qu'aurait pu gagner le propriétaire du facteur en l'utilisant différemment : « *cost mean forgone benefit* » (Williams, 1970)².

En économie de la santé, on retrouve évidemment cette référence au coût d'opportunité. Mais nous verrons que l'économie de la santé distingue différents coûts selon leur nature.

² Reprenons l'exemple du coût du facteur capital tel qu'il est traité dans le manuel de P. Picard (1992). Supposons que la valeur du capital d'une entreprise soit égal à 100 millions réalisés en terrain, machines, etc. Supposons par ailleurs que le marché financier rémunère les placement à un taux de 12%. Dans ce cas, le coût d'opportunité qui correspond au capital de l'entreprise est égal à 12 millions : cette somme représente le coût pour les propriétaires de l'entreprise de l'immobilisation de leurs ressources financières.

Encadré n°1. Définitions du concept de coût en économie de la santé

- (Williams, 1970) « Dans le sens commun, le coût d'un produit est ce que l'on sacrifie pour l'obtenir. (...) Ainsi, le coût d'une intervention médicale est représenté par la valeur (dans la meilleure alternative possible) de toutes les ressources consommées »
- (McIntosh, 1999). « Les items qui devraient être inclus du côté des coûts couvrent toutes les ressources qui ont un coût d'opportunité lié à leur utilisation pour le programme en question. Alternativement, le côté résultat couvre tous les effets sur la santé et sur le bien-être des patients ».
- (Drummond, 1998). Le coût réel d'un programme « correspond (...) aux résultats de santé qui auraient été obtenus grâce à un autre programme si les ressources [utilisées] avaient été affectées à celui-ci plutôt qu'à celui-la ».
- (Launois, 1999) « Le coût d'un traitement est une somme exprimée en unités monétaires de toutes les répercussions qu'une pathologie donnée peut avoir pour la société ».
- (Posnett, 1996). Le coût est égal à la valeur des ressources utilisées par le programme de santé, « cette valeur étant le reflet du coût d'opportunité pour avoir détourné ces ressources de leur meilleure utilisation possible ».

Définition synthétique

Le coût économique est la valorisation de l'ensemble des ressources détruites lors de leur consommation par le programme de santé (ressources non publiques³) alors qu'elles auraient pu être utilisées ailleurs (ressources génériques). En théorie, la valorisation de ces ressources se fait au prix de marché.

On aborde ici une première difficulté à laquelle se heurtent les analystes concrètement. Nous avons vu que, pour mesurer le coût lié à une activité, il faut identifier correctement la combinaison des facteurs qui servent à la produire, puis valoriser ces facteurs à leur prix d'équilibre sur le marché. Si le marché fonctionne bien, le prix reflète alors la véritable valeur économique du facteur, il est donc un indicateur fiable. Or, dans le domaine de la santé, on n'est pas dans ce cas puisque que l'on fonctionne en grande partie sur une logique de prix administrés. On n'a plus de lien entre la valeur économique du facteur (sa valeur productive) et son prix ; on parle alors pour marquer la différence de « tarif ».

Nous verrons les choix qui s'offrent à l'analyste pour résoudre ce problème en pratique, mais avant cela, il nous faut aborder la distinction bien connue des économistes de la santé entre les coûts directs, les coûts indirects et les coûts intangibles. Si la définition d'un coût intangible semble consensuelle, il n'en est pas de même pour les définitions des coûts directs et indirects.

- **Coût intangible** : Valorisation de conséquences immatérielles de la maladie sur le patient et son entourage familial : perte de bien-être, souffrance, douleur, stress, peine, etc.

Certains auteurs considèrent qu'il est difficile d'établir une différence conceptuelle cohérente entre ces conséquences immatérielles et les coûts indirects (Luce, 1990), c'est pourquoi, on pourra parfois trouver le calcul de ces coûts dans une étude. Mais cela reste l'exception. En effet, il est aujourd'hui admis de manière consensuelle que les conséquences immatérielles d'un traitement doivent être traitées comme composante négative du résultat du traitement, en particulier au travers des mesures de qualité de vie.

L'analyste doit donc finalement résoudre les seules questions de la définition et de la valorisation des coûts directs et des coûts indirects.

³ Un bien est public à partir du moment où certaines de ses caractéristiques³ sont sujettes à une externalité qu'on ne peut résoudre simplement par dotation initiale de droits (Varian)

Encadré 2. Définitions des coûts directs et des coûts indirects

	Coûts directs	Coûts indirects
[1] (collectif, 1997b)	« Les coûts directs correspondent à la valeur de l'ensemble des ressources consommées, liées à la prise en charge de la pathologie »	Les coûts indirects « recouvrent principalement les pertes de productivité à un niveau macro-économique. Ces pertes de productivité concernent le patient, d'une part, et son entourage d'autre part. Outre ces pertes de productivité qui sont liées aux arrêts de travail, il y aurait lieu de valoriser le temps de loisir perdu, par le patient et par son entourage »
[2] (Lily Moto, 1995)	« Le coût direct du projet ou de la stratégie étudiée, se définit comme la valeur de l'ensemble des ressources consommées directement pour sa (...) réalisation » (page 150).	« Les coûts indirects se définissent comme des coûts liés aux conséquences ou aux résultats d'une stratégie » (page 161).
[3] (Flori et al, 1995)	« Les coûts directs concernent l'ensemble des ressources affectées au traitement, à la prise en charge du malade (...) »	« (...) les coûts indirects, ou coûts induits, recouvrent les pertes de bien-être, les diminutions de production, ainsi que les coûts <i>ex ante</i> (dépenses liées à la prévention) ».
[4] (Launois, 1999)	« Sous l'appellation coût direct, on regroupe la réalité des dépenses qui sont effectuées pour le traitement et la prise en charge d'une pathologie (...) » (p.77)	(...) on désigne par coûts indirects les potentialités perdues, c'est-à-dire l'activité économique qui n'a pas été réalisée parce que les individus sont malades ou décédés » (p.77).
[5] (Luce et al, 1990)	Ressources consommées attribuables à l'intervention médicale.	valeur économique des conséquences qui ne peuvent pas être comptabilisées en tant que coût direct. Sont inclus dans cette catégorie les salaires perdus et le temps passé par les patients ou leur famille. Il ajoute dans les coûts indirects la valeur économique des coûts intangibles
[6] Jacobs	« le coût de toutes les ressources mobilisées par les offreurs de soins ; en général, fait référence aux ressources donnant lieu à compensation (<i>paid resources</i>) »	
[7] (Posnett et al, 1996)		Parmi les coûts indirects, les activités qui ne s'échangent pas sur un marché, ou activités non compensées (<i>unpaid input</i>) constituent la plus grosse partie (p.14)
[8] (Peeples et al, 1997)		« Les coûts indirects sont définis comme les coûts résultant d'une perte d'output en raison d'une cessation ou d'une réduction de productivité suite à un épisode morbide ou à un décès » (p.25)
[9] (Gold et al, 1996)	« valeur de tous les biens, services et autres ressources qui sont consommées lors d'une intervention, ou par la prise en charge des effets secondaires ou de tout autre conséquence actuelle ou future en rapport direct avec elle » (p.179).	« coûts associés à une incapacité totale ou partielle de travailler ou d'exercer une activité de loisir due à l'état morbide et aux pertes de productivité économique liées au décès » (p.181).
[10] Travail non publié	« coûts médicaux qui pouvaient être rapportés au traitement de la pathologie et de ces conséquences »	« coûts non médicaux générés par les séquelles, (...) au même titre que les pertes de revenu »
[11] (Drummond et al, 1998)	« (...) ressources utilisées par un programme comparé à un autre (...) » (p.29)	« (...) temps des patients (ou de leur famille) que le programme consomme » (p.29).
[12] (Johannesson, 1994)	Le coûts directs sont définis comme les ressources qui sont directement utilisées dans l'activité (p.676).	les coûts indirects sont définis comme les ressources qui ne sont pas produites à cause de cette même activité (p.676)

Ce tableau appelle plusieurs commentaires.

En premier lieu, il est difficile d'établir une définition franche au regard de toutes ces définitions ; certains auteurs préférant d'ailleurs proposer à la place d'une définition une liste des éléments à prendre en compte de chaque côté. C'est particulièrement frappant en ce qui concerne les coûts indirects. On voit en effet apparaître deux lignes de démarcation principales : le degré d'attribution à la prise en charge et l'existence de compensations monétaires à la consommation des *inputs*. Outre le problème conceptuel que soulève cette imprécision, cela entraîne des difficultés pratiques : certains éléments sont difficiles à classer (indemnités journalières, prise en charge des effets secondaires), ce qui peut empêcher la comparaison entre des études qui ne mobilisent pas exactement la même définition. C'est pourquoi nous proposons deux définitions pour tenter de clarifier les choses.

- **Coûts directs** : valorisation de l'ensemble des ressources marchandes consommées du fait de la prise en charge ou de ses effets secondaires, tant au niveau des actes médicaux (hospitalisation, soins ambulatoires, médicaments,...) qu'au niveau des actes non-médicaux (frais de transport non médicalisé, frais de garde des enfants, frais de transformation du domicile...).
- **Coûts indirects** : valorisation de l'ensemble des ressources non rémunérées au titre de la prise en charge mais qui sont pourtant rendues indisponibles pour d'autres activités (temps du patient ou de la famille, actes de soins et de ménage gratuits). Les indemnités journalière, en tant que revenu de compensation, sont des coûts indirects comptabilisées lorsque l'on adopte le point de vue de l'Assurance maladie (collectif, 1997 ; Gold, 1996).

En second lieu, il faut souligner qu'une évolution récente dans les pays anglosaxons tend à abandonner ces termes de coûts directs et indirects. Bien que l'on en trouve les définitions dans l'ouvrage de Drummond et al (1998), les auteurs rejettent explicitement les termes de direct/indirect/intangible dans cette seconde version, alors qu'ils les reprenaient dans la première version. Ils traitent de la notion de coût dans sa globalité —ensemble des ressources consommées pour mettre en œuvre la prise en charge— en distinguant les ressources en fonction de leur secteur d'origine.

Mais ce sont les travaux de deux équipes de chercheurs (le Panel de Washington et le groupe Erasmus) sur la caractérisation d'un ratio coût-résultat qui ont relancé la réflexion sur la notion de coût en économie de la santé⁴. La détermination du dénominateur et du numérateur de ce ratio les a naturellement conduit à la distinction de ce qui est un coût et de ce qui est un résultat. Le débat se centre sur l'analyse de la ressource « temps » et plus précisément sur l'impact de la maladie dans la sphère productive.

Les ressources matérielles mobilisées par la famille ou par des bénévoles pour prendre soin d'un patient font partie du coût. Parmi ces ressources, c'est l'analyse du temps qui pose visiblement problème car la théorisation conduit à se demander si ce temps est celui du patient ou de quelqu'un d'autre, s'il est pris sur une activité rémunérée ou non, s'il s'agit d'une activité productive ou ludique (problème des activités domestiques), s'il est rendu indisponible du fait de l'intervention ou de la maladie, etc. Cette discussion sur la nature de la ressource temps, dans la mesure où elle n'a pas trouvé à l'heure actuelle de réponse consensuelle et claire plonge l'analyse pragmatique dans la perplexité. On peut se demander si cette volonté louable de signifier de manière marquée que l'on a bien pris en compte tous les éléments théoriques dans l'analyse, ne se solde pas par un coût cognitif rédhibitoire pour la mise en pratique de l'information.

⁴ La réflexion est initiée par la publication en 1996 de recommandations pour l'évaluation coût-résultat par l'équipe dite du « Panel de Washington » (Gold, Siegel, Russell et Weinstein Milton C., 1996). Le journal *Health Economics* a ensuite publié les débats qui les opposent à une équipe de chercheurs du groupe Erasmus (Brouwer, Koopmanschap et Rutten, 1997), promoteurs sur le sujet de la méthode des coûts de frictions.

Encadré 3 : Recommandations du Panel de Washington (p.209)

4. Les coûts de prise en charge et autres services effectués par la famille ou des bénévoles, en relation avec l'intervention ou la maladie, sont inclus dans le numérateur du ratio coût-résultat.
5. Le temps⁵ mobilisé par l'intervention est une ressource et devrait être incorporé dans le numérateur du ratio coût-résultat. Si toutefois, cet « effet volume » est inclus du fait de l'outil d'évaluation dans la mesure de qualité de vie, la composante temps sera alors exclue du numérateur.
6. Les coûts de morbidité d'une intervention (son impact sur le temps productif et le temps de loisir) devraient être exclus du numérateur, car ils sont déjà pleinement valorisés dans le dénominateur.
7. La valeur monétaire des années de vie perdues ne devraient pas être inclues dans le numérateur, parce que les effets d'une intervention de santé sur l'espérance de vie sont incluses au dénominateur⁶.
8. Les effets sur la productivité pour les autres membres de la société (employeurs, collègues, etc.), ce qui inclut les coûts de friction⁷, devraient être inclus dans le numérateur lorsqu'ils sont significatifs.

Concernant l'impact de la maladie en termes de productivité, si les deux équipes de chercheurs proposent d'abandonner le terme de coût indirect au profit de celui de coût lié à la productivité ou « *productivity costs* », ils ne semblent pas d'accord sur la définition de ce qu'est un coût de productivité.

Définition d'un coût lié à la productivité

- Panel de Washington (1996) : « coûts associés à une incapacité totale ou partielle de travailler ou d'exercer une activité de loisir due à l'état morbide et aux pertes de productivité économique liées au décès » (p.181).
- Groupe Erasmus (1997) : « coûts associés à une perte de production et coûts de remplacement entraînés par la maladie, l'incapacité ou le décès d'une personne productive (payée ou non payée) » (p.254).

On peut d'abord relever qu'il existe des points communs entre les deux définitions. Premièrement, elles autorisent l'analyse de pertes de productivité qui ne sont pas consécutives à un arrêt de travail, mais à une réduction de la capacité au travail (ex : migraines). Deuxièmement, elles abordent le problème d'une baisse de la production et/ou d'un surcoût de production au niveau social.

Pourtant, si l'on analyse le détail de ce que le Panel entend par coût de productivité, on peut mettre en évidence de fortes différences. Pour le Panel de Washington, lorsque l'activité d'un individu est modifiée en raison d'un épisode morbide, l'impact peut être triple :

- en premier lieu, il y a un effet volume (la réduction du volume d'heures réservées à une activité), qui se traduit par une diminution de revenu (lorsqu'il s'agit d'activités rémunérées) ou d'utilité (lorsqu'il s'agit d'activités de loisir) ;
- en second lieu, les autres consommateurs sont également concernés, par le jeu d'un certain nombre d'externalités : lorsqu'un individu réduit ou cesse sa production, cela implique une baisse de consommation et donc d'utilité pour les membres de la société (en cas de baisse non compensée de la production) ; la modification de son activité peut également modifier le volume des transferts sociaux par le biais des taxes et prélèvements ;
- enfin, il y a des conséquences pour l'employeur lorsque la compensation de la production induit des surcoûts.

⁵ Il s'agit ici de l'impact d'une réduction du temps (effet volume). On ne tient pas compte de la désutilité potentielle attachée à l'activité soin qui sera incluse dans le dénominateur (QALY).

⁶ le Panel part du principe que l'indicateur QALY intègre déjà la valeur des années de vie perdues, il n'est donc pas nécessaire d'y ajouter une nouvelle valorisation du temps fondée sur la productivité : le temps serait alors comptabilisé deux fois

⁷ Coûts nécessaires pour revenir à un niveau de production initial. Voir partie 2, ci-dessous

Une première différence apparaît à la lecture des deux définitions concernant les temps de loisir perdus. En théorie, les deux équipes sont en désaccord : selon le Panel, l'inactivité « de loisir » est un coût de productivité, alors que ce n'est pas le cas pour ERASMUS. Dans la valorisation pratique, cette différence d'opinion sur la nature du temps de loisir est gommée ; les deux équipes semblent d'accord pour valoriser les loisirs perdus dans la mesure de qualité de vie.

La seconde différence, qui a fait l'objet principal des débats entre les deux équipes, porte sur les coûts de productivité liés à des activités rémunérées. Alors que le Panel y inclut ce que nous avons appelé l'effet volume, les externalités de consommation et les surcoûts de remplacement, ERASMUS ne reconnaît que la valeur de la production perdue et les surcoûts.

Au final, il est très difficile, en tant qu'utilisateur, de faire la part des choses entre les différentes propositions.

	ERASMUS	PANEL
ressources marchandes médicales	coût direct (numérateur)	coût direct (numérateur)
ressources marchandes non médicales	coût direct (numérateur)	coût direct (numérateur)
temps du patient consacré aux soins	non traité	coût direct (numérateur) ⁸
temps des proches consacré aux soins	non traité	coût direct (numérateur)
temps d'inactivité du patient sur du temps de loisir	effet de santé (dénominateur)	coût de productivité, valorisé par le QALY (dénominateur)
temps d'inactivité du patient sur du temps de travail	impact subjectif (dénominateur)	coût de productivité, y compris les effets de revenu, valorisé par le QALY (dénominateur).
impact de la sphère productive	coûts de productivité : valeur de la production perdue et surcoûts de production (numérateur)	coûts de productivité : surcoûts de production et externalités (numérateur)

Ce qui fait débat entre les deux équipes est la définition de ce qui est un coût et de ce qui est un résultat. Or, si l'on considère, comme le Panel de Washington, que cette distinction relève de la convention et non de l'existence d'un critère de nature discriminant entre les deux, on comprend mieux qu'il puisse y avoir divergence. L'approche traditionnelle de l'analyse coût-résultat incorpore exclusivement au dénominateur les changements survenus dans l'état de santé selon la perspective du patient ; les impacts sur le revenu ou sur l'activité des individus appartiennent donc au numérateur. Or, l'approche proposée par le Panel est en rupture avec cette analyse parce qu'il adopte une approche différente de la santé.

L'approche traditionnelle considère les résultats de santé au sens stricte de « absence de maladie ». Or, depuis maintenant plusieurs décennies, la santé renvoie à des perspectives plus vastes de bien-être, selon la définition bien connue de l'O.M.S.. En fait, il nous semble que la démarche adoptée par le Panel de Washington vise à intégrer dans l'ensemble de l'analyse coût-résultat l'évolution aujourd'hui incontestée dans le domaine de la qualité de vie. De fait, si l'on considère que la qualité de vie est une fonction de la santé, mais également du revenu et de l'activité de l'individu, il est conceptuellement légitime de considérer que la mesure de qualité de vie intègre des changements potentiels dans ces domaines et que les valoriser dans le numérateur reviendrait à les comptabiliser deux fois.

⁸ Selon les auteurs, le temps qui est mobilisé par le traitement doit être impérativement pris en compte dans l'analyse. Cependant, ils peuvent être inclus au dénominateur ou au numérateur ; il est techniquement correct de le convertir en unités monétaires comme un coût ou en unités d'utilités dans une mesure QALY, et cela ne modifie théoriquement pas l'ordonnancement des stratégies évaluées. Par contre, cela provoque le risque d'une double comptabilisation. Ils recommandent donc de préférer une valorisation monétaire du temps dans les coûts, tout en soulignant que cela ne reflète alors que le coût d'opportunité de temps et non une quelconque désutilité due à l'activité effectuée.

L'argument d'ERASMUS ne remet pas en cause le fait que la qualité de vie soit fonction du revenu, mais souligne qu'en économie de la santé, notre objet d'étude est la *qualité de vie associée à la santé* et qu'elle n'a pas pour mission de capturer les effets revenu ou d'autres effets qui ne sont pas liés à la santé sur le bien-être ; de ce fait, les instruments de mesure ne sont pas adaptés. De plus, en admettant que les mesures de qualité de vie soient adaptées pour intégrer un effet revenu, rien ne prouve que cet effet revenu soit un proxy de l'effet productivité. En effet, si en théorie la production et le revenu sont l'expression d'une seule et même quantité (à savoir la valeur ajoutée de l'individu dans le bien-être social). En réalité : d'une part, le lien entre revenu et production dépend du système de sécurité sociale du pays, le lien est rompu s'il existe des revenus de compensation ; d'autre part, lorsque la productivité est simplement réduite, il n'y a aucun impact sur le revenu.

Pour résumer, les éléments sur lesquels ils sont d'accord concernent le temps de délivrance des soins du patient et de bénévolat (coût direct), l'impact de la morbidité sur les activités de loisir qui est un élément de bien-être (résultat), la prise en compte des surcoûts de production (coût) et la marginalité des externalités (non analysées). Pour le reste, c'est à chacun de prendre position en fonction des éléments théoriques développés au cours de ce débat, mais également en fonction des contraintes pragmatiques que nul ne peut nier. Une fois définis les éléments à intégrer dans l'analyse, il reste à les valoriser.

Partie 2 - Question de valorisation

2.1. Les coûts directs

Les coûts directs médicaux sont constitués principalement par les actes ambulatoires, la pharmacie et les séjours hospitaliers. La valorisation, en pratique, des deux premiers items ne pose pas grande difficulté, il n'en est pas de même dans le cas des séjours hospitaliers.

L'ambulatoire : actes et médicaments

Si l'on s'en réfère à la théorie, le coût économique d'un acte de soin ou d'un médicament serait égal à son prix d'équilibre si les conditions du marché étaient favorables. Or, on sait bien que les nomenclatures françaises ne relèvent pas de ce principe ; les tarifs administrés reflètent plus les rapports entre les pouvoirs publics, les organismes payeurs et les professionnels que les conditions de l'offre et de la demande sur un hypothétique marché du soin.

Bien que les tarifs ne soient pas d'un point de vue théorique le reflet exact des coûts d'opportunité, le pragmatisme conduit à les considérer comme des approximations acceptables (Weinstein et al, 1996)

Comment valoriser le coût d'un séjour hospitalier ?

C'est principalement le séjour hospitalier qui est périlleux : il demande de faire des distinctions méthodologiques fondamentales (coût moyen et coût marginal ; coût complet et coût partiel), il demande de choisir parmi plusieurs méthodes et enfin, il soulève des difficultés concernant l'interprétation économique des séjours évités.

Distinctions méthodologiques

- La première distinction entre coût moyen et coût marginal se pose quel que soit le produit valorisé (prise en charge ambulatoire ou prise en charge hospitalière). Elle repose sur le fait que la production d'un produit met en jeu des charges variables et des charges fixes, et que l'évolution de la proportion entre charges fixes et charges variables est importante pour interpréter les coûts.

Elle va s'imposer de manière particulièrement pertinente lorsque l'évaluation a pour objet la comparaison de deux stratégies dont l'une permet de réduire la durée du séjour hospitalier. Or, on sait pertinemment que le coût total du premier jour d'hospitalisation est différent du coût total du dernier jour, en raison de la décroissance des coûts variables. De fait, si on calcule le coût moyen d'une journée d'hospitalisation et que l'on applique ce montant aux derniers jours évités, on a toutes les chances de surestimer les économies engendrées. Si la littérature théorique reconnaît la supériorité d'une analyse au coût marginal, les applications mettent en évidence la difficulté d'un tel calcul et proposent le plus souvent une analyse au coût moyen ou une approximation au coût variable moyen.

L'un des problèmes de l'analyse de coût est la forme de la distribution qui n'est pas normale. Il est aujourd'hui bien connu qu'une minorité de patients absorbe la majorité des coûts (Briggs et al, 1998). Pour cette raison, dans de nombreuses études, on préfère utiliser l'indicateur médian par rapport à l'indicateur moyen. Or, selon les auteurs, si le coût médian est une statistique descriptive plus adaptée que le coût moyen : d'une part, la médiane ne serait pas un indicateur suffisamment informatif pour répondre aux interrogations des décideurs sur la prise en charge pour un groupe de patient ; d'autre part, les mesures de dispersion de la médiane seraient moins aisées que celle de la moyenne. La moyenne étant une statistique plus pertinente pour l'analyse et pour l'aide à la décision, il est donc préférable d'adapter l'analyse de la moyenne au non respect de l'hypothèse de normalité de la distribution (transformation des données ou approche non paramétrique).

- La seconde distinction est issue des sciences de gestion (Gervais, 1994). Les coûts se divisent en charges directes (imputées à un produit et un seul) et charges indirectes (non imputées dans les documents comptables décrivant la production). Elle est spécifique à l'analyse des coûts hospitaliers.
 - *Les charges directes* sont liées à l'activité étudiée ; elles sont donc attribuables sans ambiguïté à une prise en charge identifiée (consultation, services médico-techniques, laboratoire, radiologie,...)
 - *Les charges indirectes* (également appelées frais généraux) désignent les ressources qui sont partagées par plus d'une activité ou d'un département (par exemple, la maintenance des bâtiments, les dépenses d'eau et d'électricité, le service administratif, la blanchisserie...). Les sciences de la gestion préconisent plusieurs méthodes d'imputation des charges indirectes⁹, fortement conventionnelles et dont la pertinence économique peut parfois être remise en question.

Strictement parlant, charge directe n'est pas synonyme de coût variable, ni charge indirecte de coût fixe. Une charge directe n'est pas nécessairement un coût variable : par exemple, la dépense d'énergie nécessaire pour chauffer une salle d'opération est fixe mais, pour peu qu'on ne mène qu'un type d'opération dans cette salle, parfaitement attribuable à un produit et un seul, donc directe. Il existe par ailleurs des facteurs qui dans l'absolu sont effectivement attribuables à un produit particulier, mais que l'on ne sait pas affecter précisément pour des raisons de système d'information. C'est généralement le cas des consommables de très faible valeur unitaire, qui sont en général achetés pour l'ensemble de la firme et qu'on n'affecte pas à tel ou tel produit ou service en particulier. (par exemple : vis et boulons). Dans le cas de l'hôpital, il pourra s'agir des compresses, qui sont affectées par service (biens semi-directs) et non par patient. Cependant, les coûts liés à une telle précision de l'information rendent cette distinction inutile. De fait, une analyse au coût partiel (comptabilisation des charges directes) se ramène en pratique à une analyse des coûts variables (consommables médicaux).

L'évaluateur a donc le choix entre une approche aux *coûts complets* qui tient compte de l'ensemble des charges, directes et indirectes, supportées par les établissements de soins et les professionnels de la santé lors de l'exercice de leur activité (démarche adoptée pour le calcul des coûts par GHM), et une approche aux *coûts partiels* qui ne retient qu'une partie de ces charges (en général ce sont des charges directes telles que les consommables médicaux). Plusieurs méthodes sont mobilisées, en fonction de l'optique choisie.

⁹ Il existe deux familles de méthodes : la méthode des « coûts variables » (direct costing ou point mort) et la méthode dite des « coûts directs ». Encore une fois, il s'agit de faire très attention pour ne pas tomber dans les pièges liés à l'emploi du terme « direct » pour des concepts différents. La méthode des coûts variables consiste à allouer les coûts fixes au prorata des coûts variables. Pour la méthode des coûts directs, on ajoute au coût variable les charges indirectes attribuables « rationnellement » au produit, soit l'énergie ou les frais d'entretien.

Les méthodes d'évaluation à l'hôpital : déterminer un coût réel ou un coût standard ?

L'évaluation des coûts hospitaliers repose tout ou partie sur la comptabilité analytique

La comptabilité analytique est un instrument à usage interne, tourné vers la gestion de sous-ensembles identifiés. Elle se distingue techniquement de la comptabilité générale par le fait qu'au lieu de recenser des charges classées selon les partenaires extérieurs de la firme (fournisseurs, prestataires de service, fisc, etc.), elle recense les charges par destinataire à l'intérieur de l'entreprise (par produit, par service, etc.) (collectif, 1997a).

L'utilisation de la comptabilité analytique dans la valorisation d'un séjour hospitalier peut se faire selon deux optiques : l'évaluation d'un coût réel ou l'évaluation d'un coût standard.

La reconstitution d'un coût réel

Cette technique consiste à détailler l'ensemble des facteurs de production mis en jeu pour fournir une prestation médicale. La plupart du temps, cette technique (dite également du *microcosting*) est utilisée pour reconstituer le coût d'une unité de soin bien déterminée : un laboratoire d'analyse médicale, un service hospitalier.

L'inventaire des moyens conjugue en général l'évaluation prospective au lit du malade (mesure au moyen d'un chronomètre du temps passé par chaque professionnel), l'évaluation rétrospective à partir du dossier (médicaments, actes réalisés) et la comptabilité analytique (petit matériel). A cette diversité du recueil de l'information s'ajoute celle des éléments de valorisation (grille des salaires, nomenclatures, comptabilité analytique).

En générale, les études se limitent aux charges directes ou semi-directes.

On obtient ainsi une information très riche et cette méthode est souvent mise en place pour reconstituer le coût d'une prise en charge particulière (par exemple : le coût de la greffe), et elle est très souvent utilisée lorsque l'évaluation est menée du point de vue de l'hôpital. Cependant, la principale limite de cette technique est que les résultats ne sont pas généralisables d'une unité de soins à une autre. De plus, cette méthode est également très lourde et doit être bien acceptée par l'ensemble de l'équipe soignante pour qu'elle soit adhérente.

L'utilisation d'un coût de référence

Par circulaire du 28 février 1992, la Direction des Hôpitaux a décidé de construire une base nationale de coûts par séjour, constituée à partir d'un échantillon d'établissements hospitaliers publics et PSPH volontaires. Les données médico-économiques contenues dans cette base ont permis de construire une échelle nationale de coûts qui permet de calculer des coûts de référence par GHM (Groupe Homogène de Malade), à partir d'une unité spéciale traduisant la production hospitalière : le point ISA (Indice Synthétique d'Activité)..

L'échelle de coûts par GHM 1995 est construite à partir du coût médian observé dans la base de données pour chaque GHM (Ministère du travail et des affaires sociales, 1996). Il s'agit d'une échelle relative où chaque GHM est classé par rapport à un GHM calant (GHM 540) fixé par convention à 1000 points ISA.

Bien que cette échelle se présente comme une référence, permettant de valoriser de manière standard un séjour hospitalier, elle permet cependant une certaine marge de manoeuvre.

Le coût par GHM est un coût complet, il tient compte des dépenses directes affectées au malade, des dépenses d'actes médico-techniques, des dépenses de séjour dans les différentes unités cliniques fréquentées, des dépenses de restauration, de blanchisserie, de logistique et d'administration, enfin des dépenses de structures. L'information est cependant présentée de manière décomposée, il est donc possible de ne retenir que les dépenses directement affectées et de travailler au coût partiel. Selon les données de la base nationale des coûts 1995, ces dépenses représentent 27.9% des dépenses totales de l'hôpital hors structure.

L'autre marge de manoeuvre concerne la valorisation du point ISA. En effet, il est possible de valoriser le séjour hospitalier sur la base de la valeur nationale, mais il est également possible d'utiliser la valeur de l'établissement.

2.2. Les coûts liés à la sphère productive

On distingue trois approches de valorisation : deux d'entre elles cherchent à placer une valeur monétaire sur la ressource temps pour en faire un coût (méthode du capital humain et méthode des coûts de friction) ; une cherche à intégrer cet aspect du côté des effets de santé (méthode du US Panel).

■ *L'approche du capital humain*

Selon la méthode du capital humain, la valorisation de la ressource « temps » se fait à son coût d'opportunité, qui est égal au salaire. Le fondement théorique de cette méthode est la théorie néoclassique standard ; la valeur du temps est déterminée par la double recherche d'un optima.

Le producteur recherche l'optimisation de son profit : à l'équilibre, la « charge brute » de l'emploi supplémentaire sur le marché du travail est égale à sa productivité marginale valorisée au prix du marché des B&S.

Le travailleur recherche l'optimisation de son utilité et est ainsi conduit à réaliser un arbitrage entre son niveau de consommation, qui dépend du revenu de son travail, et son temps de loisir : à l'équilibre, la valeur marginale du temps de loisir est égale au taux de salaire.

En conclusion, le taux de salaire permet de valoriser une perte de temps de travail que se soit dans une situation où la réduction initiale de la production conduise à une baisse de la consommation (valeur marginale du produit) ou à une compensation de cette production (valeur marginale du loisir)¹⁰.

(Posnett et Jan, 1996) amende le cadre théorique et recommande en pratique de valoriser le temps pris sur une activité rémunérée au salaire complet (salaire brut plus les charges professionnelles) s'il n'y a pas de mesures pour compenser la production perdue (surestimation) et au salaire net d'impôt si la production est compensée (sous-estimation). Lorsque l'on peut supposer qu'il n'y a pas de perte de production initiale, on se ramène à une valorisation de temps non rémunéré.

Si le temps est pris sur des activités non rémunérées, on utilise le taux de salaire net d'impôt (ou le taux de salaire net moyen) ; s'il s'agit d'activités de quasi-marché on utilise le salaire sur le marché en question.

Outre les critiques éthiques qui mettent en avant l'aspect discriminatoire de cette méthode qui accorde plus de valeur sociale aux individus productifs, les auteurs néerlandais du groupe Erasmus ont critiqué l'approche « pure et dure » parce qu'elle ne valorise pas des pertes réelles mais des pertes potentielles. En effet, lorsqu'une organisation productive est privée de l'un de ses travailleurs, il n'y avait pas une perte de production aussi importante, parce que :

- pour les absences de courte période, il y a des mécanismes d'ajustement internes à l'entreprise, les collègues de la personne malade vont prendre en charge une partie du travail, il va absorber le travail accumulé à son retour, etc. ;
- pour les absences de long terme, le contexte de chômage fournit des remplaçants. La méthode du capital humain adopte une hypothèse non réaliste de plein emploi. Ceci a d'ailleurs été pris en compte dans l'analyse de Posnett qui souligne que l'approche du capital humain surestime le coût d'opportunité en situation de chômage.

L'approche du capital humain consiste donc à mesurer l'impact de la morbidité sur la sphère productive et valorisant la durée d'absence par le salaire ; la baisse de productivité est associée à une baisse de revenu.

¹⁰ Toutefois, en situation de chômage, le salaire surestime le coût d'opportunité du temps. La prise en compte de limites concurrentielles (taxes à la consommation et de taxes sur le revenu) modifie la nature du salaire à retenir, et l'analyse se fait en termes de salaire complet et de salaire net d'impôt (Posnett et Jan, 1996).

■ *L'approche des coûts de friction : approche par la production*

Valoriser les coûts de productivité par le salaire revient à aborder cette question sociale par le biais des revenus individuels. Or, comme nous l'avons déjà expliqué, la concordance entre le revenu et la productivité n'est vraie que dans la situation hypothétique du marché pur. En particulier, en raison de l'existence de revenus compensatoire, on ne peut pas valoriser les pertes de productivité au niveau social par les pertes de revenu. C'est pourquoi, l'analyse au niveau social doit être menée du point de vue de la production.

Ainsi, l'idée générale de la méthode des coûts de friction, développée par les chercheurs de Rotterdam (Erasmus group), est que la valeur sociale de l'absentéisme dépend de la capacité de la firme à revenir au niveau de production initial (période dite de friction)¹¹ (Koopmanschap et al, 1995).

Dans l'approche du capital humain, on ne tenait compte que de deux situations : il y a une perte de production initiale qui peut être compensée ou non. Ici, on introduit la possibilité d'une modification des coûts de production, que la production soit compensée ou pas. On a donc quatre situations possibles.

	statu quo sur les coûts	coûts plus élevés (extra-coûts)
statu quo sur la consommation (la production est compensée)	flexibilité totale à court terme. Coûts de friction nuls.	Les coûts de friction sont égaux à la valeur des heures supplémentaires, intérimaires, CDD...
Pertes de consommation (la production n'est pas compensée)	Les coûts de friction sont égaux à la valeur de la production non consommée	Les coûts de friction sont égaux à la valeur de la production non consommée et aux extra-coûts

Certaines études ont montré que la réduction de la productivité du travail est moins que proportionnelle à la réduction du temps de travail¹². De là, les auteurs supposent que les coûts représentent 80% de la valeur moyenne de la production par employé (stratifié par âge, sexe et niveau d'éducation). Si la durée de l'absence est inférieure à la période de friction¹³, les coûts sont calculés sur la base de la durée de vacance, sinon ils le sont sur la base de la période de friction.

On le voit, outre la durée de la période de friction par niveau d'éducation, l'analyse est déterminée par l'élasticité temps de travail versus productivité et par la valeur moyenne stratifiée de la production. Si ces données ne sont pas disponibles pour la France, cette méthode n'est pas applicable, or le modèle qui permet de déterminer la durée de la période de friction (van Ours et al, 1991) n'a, à notre connaissance, pas été appliqué sur des données françaises.

Cependant, l'analyse des coûts de friction paraît pertinente compte tenu de la démarche différentielle qui devrait sous-tendre toute évaluation : ce qui doit être pris en compte dans cette perspective, ce sont les différentiels de coût et les différentiels de production.

■ *L'approche de Washington : approche par le revenu*

La particularité de l'approche de Washington porte sur l'analyse de l'impact de la morbidité sur l'utilisation du temps par les individus. En effet, les coûts de productivité sont de deux sortes : l'impact de la maladie sur l'activité de l'individu, quelle soit de loisir ou de travail, et l'impact de la maladie sur sphère productive. Or, le Panel de Washington développe l'idée selon laquelle l'inactivité est un résultat négatif qui va peser sur la qualité de vie des individus, il n'est donc pas nécessaire de tenter de valoriser monétairement des changements dans l'utilisation du temps. Les seuls coûts de

¹¹ Les coûts de friction sont limités aux conséquences de court terme, certains mécanismes macroéconomiques de l'absentéisme, de la productivité, des coûts du travail sur un moyen ou long terme demandent à être analysés de manière complémentaire ; les auteurs soulignent par ailleurs l'influence de la situation macroéconomique sur la durée de la période de friction.

¹² Les auteurs supposent une élasticité égale à 0.8 sur la base d'études antérieures

¹³ La durée de la période de friction a été estimée pour les Pays-Bas à 2.8 mois pour 1988 et 3.2 mois pour 1990, sachant qu'elle n'est pas homogène en fonction du niveau d'éducation. En 1990, elle est de 2.8 mois pour le niveau d'éducation le plus faible, elle est de 3.5 mois pour le niveau le plus élevé.

productivité qui sont valorisés monétairement sont donc les surcoûts de remplacement dans les entreprises.

Nous avons présenté plus haut les arguments du groupe Erasmus, selon lesquels il n'est pas possible de valoriser les coûts de productivité au travers du revenu. Un travail récent sur les systèmes de classification (Sculpher et al, 2000) apporte des arguments contraires : d'une part, la valorisation subjective d'un état de santé tient compte de l'impact de la maladie sur la capacité des individus à travailler (même s'il n'y a pas de questions explicites sur ce sujet) ; d'autre part, il ne s'agit pas que d'une valorisation subjective liée à la désutilité de ne pas avoir d'activité (ce qui est reconnu par le groupe Erasmus) mais l'effet sur le revenu est également intégré. Selon Sculpher, le facteur principal qui va influencer la valorisation d'un état de santé qui a pour effet de créer une incapacité à travailler sera le revenu, bien qu'il précise que cela n'a pas été démontré empiriquement. Ainsi, la valorisation d'un état de santé serait bien dépendante de l'effet revenu et l'approche développée par le Panel serait cohérente pour valoriser l'effet social sur productivité.

Il reste deux difficultés majeures : il faut être vigilant par rapport au risque de double comptabilisation et ne valoriser dans les coûts que les surcoûts de remplacement ; il faut s'assurer que l'individu qui valorise l'état de santé ne prend pas en compte l'existence d'un système de sécurité sociale qui compense les pertes de revenu.

Partie 3 : Discussions

Face à l'inconfort qui pèse sur les évaluateurs lorsqu'il s'agit de distinguer les impacts d'une stratégie médicale en termes de coût et de résultat ou lorsqu'il s'agit de prendre en compte des « coûts indirects » dans une perspective sociale, nous souhaitons poser plusieurs questions.

Le calcul d'un ratio est-il toujours légitime ?

L'ensemble des discussions précédentes repose sur la nécessité de diviser les éléments de l'évaluation en un numérateur et un dénominateur. Or, les critères de distinction entre les deux équipes sont différents : le Panel intègre au numérateur tous les effets qui sont valorisés monétairement et au dénominateur les autres effets ; Erasmus intègre au dénominateur tous les effets liés à la santé et le reste au numérateur.

Cela tendrait à confirmer que la distinction entre un coût et un résultat relève d'une convention *ad hoc* imposée par les contraintes de l'analyse coût-résultat ; la conséquence étant une indétermination sur la nature de quelques éléments de l'analyse. En fait, c'est la volonté de synthétiser une information multiple en un ratio qui nous semble être fondamentalement en cause. Si cette synthèse est intéressante dans des cas simples où l'information pertinente se résume à un critère de coût direct (se qui exclut les analyses adoptant une perspective sociale) et à un critère épidémiologique identifié, elle devient ingérable lorsque la complexité de l'information pertinente en rend la réduction incohérente. On a vu récemment les limites de l'évaluation médico-économique pour évaluer des objets complexes tels que l'émergence des réseaux de soins dans le paysage sanitaire (Collectif CREDES-IMAGE, à paraître).

Bien sûr, l'abandon de la forme agrégée a quelque chose d'inconfortable car cela oblige à une analyse non mécaniste de l'information. Cela oblige à une conception humble de l'évaluation, dont le rôle serait d'identifier et d'analyser l'information pertinente, sans aller jusqu'à l'arbitrage final, laissé à la responsabilité du décideur qui est susceptible de prendre en compte d'autres éléments (politiques) ou de modifier le jeu des pondérations (Midy et al, 1997).

C'est à une conception différente de l'évaluation que l'on aboutit. En général, le rôle de l'évaluation est d'analyser les conséquences d'un changement ; dès lors que ces conséquences sont de nature différente, on considère que l'évaluation revient à comparer deux états du monde différents, qui sont « racontés » au travers de caractéristiques multiples. Ces deux récits déroulent des caractéristiques économiques, organisationnelles, médicales, sanitaires, etc. des états du monde ; le rôle de l'analyste est d'identifier parmi ces éléments ceux qui sont pertinents pour comparer les deux situations et qui peuvent faire l'objet d'une mesure différentielle. Son rôle est également de choisir une méthodologie adaptée à l'objet de l'étude et non à un champs disciplinaire. Ainsi, on peut associer aux méthodes classiques de la médico-économie des méthodes plus qualitative issues de la sociologie ou de la psychométrie.

Le point de vue de la société : utopie ou hypocrisie ?

Les analyses économiques recommandent d'adopter une perspective sociale pour réaliser une évaluation, cette perspective étant la seule qui soit cohérente avec la théorie du bien-être. Cela signifie que l'on fait l'inventaire de l'ensemble des coûts supportés chacun des acteurs de la société ; la procédure d'agrégation des flux économiques annule les simples transferts entre acteurs de la société.

L'ouverture de la perspective d'analyse est bénéfique puisqu'elle permet de mettre en évidence des questions annexes à la sphère sanitaire, particulièrement importantes dans le cas de certaines pathologies : dépression, migraine, grippe, etc., dont l'impact sur la sphère productive est bien connu.

Cependant, la façon dont cette ouverture est traitée actuellement, nous semble irraisonnable, voire hypocrite. Dans la pratique, lorsque les études se réclament d'une perspective sociale, cela signifie que les auteurs calculent des coûts liés à la perte de productivité et qu'ils ne prennent pas en compte les revenus de transferts (vision certes caricaturale de notre part, mais peut-être pas si éloignée de la réalité ?).

La question de la perspective sociale renvoie à l'analyse d'une seule ressource : le temps. Or, cette ressource est doublement particulière : elle est non extensible et elle est saturée. Cette dernière caractéristique est fondamentale car elle signifie que l'on ne peut pas thésauriser cette ressource : elle est instantanément dépensée. Donc au niveau social, on dispose d'un volume temps défini, qui va être converti en loisir, en activité productive rémunérée et en activité productive non rémunérée, ceci permettant de valoriser le temps à son coût d'opportunité, par la valeur de l'utilité ou des biens et services produits ; valorisation qui ne va pas sans soulever des difficultés majeures (d'éthiques, de dysfonctionnement du marché, etc.).

En particulier, cela implique pour l'évaluateur de disposer d'une procédure d'agrégation des coûts pour chaque acteur. Les évaluations du point de vue de la société prétendent le plus souvent être neutres en adoptant une pondération implicite égalitaire pour tous les acteurs (on fait la somme de tous les coûts nets de transferts, quelle que soit l'identité des acteurs qui les supportent). Cependant, cette pondération n'est qu'un choix parmi d'autres ; l'économie normative considère par exemple le plus souvent que les dépenses publiques ont un coût social plus élevé par franc dépensé que les dépenses privées.

Le principe sous-jacent, c'est que le temps étant rare et saturé, la seule chose qui peut varier est la structure au niveau social entre les trois activités, tout acteur confondu ; c'est effectivement ce que l'on tente de faire en évaluant le niveau d'utilité par des instruments de qualité de vie et en mesurant la production (rémunérée ou non).

Pourtant, selon nous, on n'aborde jamais finalement la perspective social, parce que l'on oublie dans la pratique c'est le « tout acteur confondu », et en particulier, on ne voit jamais analysée la perspective du professionnel soignant. Or, c'est primordial, par exemple lorsque la stratégie de soin a pour conséquence le transfert des activités de soins sur la sphère domestique. On analyse alors une réduction des coûts directs pour l'Assurance maladie, un charge de travail supplémentaire pour la famille. Or, la réduction des coûts pour l'Assurance maladie devrait également se traduire par une réduction des revenus pour les professionnels, sauf s'il existait une réserve de demande. Auquel cas, l'impact serait une augmentation du volume de soins produits.

De fait, une véritable analyse de la perspective sociale paraît difficile en dehors d'une analyse macroéconomique. Le cumul de plusieurs points de vue microéconomiques (le patient, l'Assurance maladie, etc.) tel qu'il est réalisé actuellement n'aboutit pas à une analyse sociale parce qu'il reste parcellaire. De nouveau, le pragmatisme prend le dessus : on analyse des transferts évidents (les IJ), mais on passe sous silence de nombreux autres. On est donc loin en pratique d'une véritable perspective sociale.

Le concept de coût ne doit-il pas être dépassé pour celui de conséquence économique ?

Dés lors que l'on ne raisonne plus en termes de ratio, nous proposons de revenir à l'objet fondamental de l'économie : **l'étude des ressources**. Ce retour aux sources nous amène à une nouvelle dichotomie : l'analyse des conséquences économiques (quel est l'impact sur les ressources ?) et l'analyse des conséquences non économiques (quel est l'impact sur les processus : l'organisation, les pratiques médicales ; quel est l'impact sur les outputs : l'état de santé, la qualité de vie ?).

Pour s'en tenir aux conséquences économiques, cela nous ramène alors à l'analyse proposée par Drummond et al (Drummond, 1998), le coût étant alors l'ensemble des ressources consommées dans la sphère sanitaire, dans la sphère domestique et dans les autres secteurs.

- Ressources consommées dans le secteur de la santé : médicaments, équipements, hospitalisations, visites au médecins, etc.
- Ressources mobilisées par le patient et/ou sa famille : frais de transport, participations à divers frais et à des dépenses pour la maison. L'une des ressources les plus importantes dans cette rubrique est le temps (temps passé par le patient à rechercher ou à recevoir des soins, soins à domicile par la famille), qu'il soit pris sur les activités de loisir ou de travail.
- Ressources consommées dans les autres secteurs : administrations publiques (aides ménagères, soins à domicile) et bénévolat.

Cette définition du coût — coût d'opportunité des biens et services génériques — reste cependant sur une définition classique de l'économie comme analyse de l'optimalité des allocations de ressources. Cependant, l'économie hétérodoxe a mis en évidence l'existence d'une économie de la création des ressources. La notion de coût est alors incapable de traiter de ces ressources nouvelles dont l'analyse est incontournable lorsque l'on traite d'organisation.

L'analyse des conséquences économiques d'une action de santé est donc l'analyse des ressources consommées et des ressources créées. Le coût est alors une conséquence économique particulière liée à la consommation de ressources génériques et qui sont donc caractérisées par un coût d'opportunité. Le reste étant constitué de consommation ou de création de ressources spécifiques (confiance, valeurs, routines) ou publiques (savoir-faire, talent).

Concernant la valorisation, on aura des conséquences économiques qui pourront être valorisées de manière monétaire, mais d'autre pour lesquelles se sera impossible car elles ne relèvent pas d'une approche de marché ou de quasi-marché. Remarquons que selon cette analyse, la construction d'un ratio qui sépare éléments sur un critère de valorisation monétaire (approche traditionnelle, Erasmus) conduit à séparer des éléments de même nature économique.

Compte tenu de cette discussion, il nous semble que l'évaluation peut adopter une démarche d'analyse lexicographique, partant des questions méthodologiquement les plus simples et surtout ayant reçu une réponse consensuelle, pour aboutir aux plus complexes, présentées et analysées de manière non agrégées. Cette proposition pragmatique est cohérente avec ce que l'on peut constater dans les guides méthodologiques qui recommandent tous de présenter séparément les éléments de « coût indirect » et elle est parfaitement légitime lorsque l'on abandonne le mirage de la perspective sociale.

1. Concernant les conséquences économiques, le point de départ incontesté est l'évaluation des ressources marchandes consommées dans la sphère sanitaire.
2. On mesure ainsi un différentiel, que l'on va tenter d'expliquer en **recherchant d'éventuels transferts** sur d'autres ressources, et en particulier les ressources domestiques. Le problème est alors de comparer des ressources marchandes (le temps des professionnels) avec des ressources qui ne le sont pas (le temps des proches ou des bénévoles). On est alors confronté au problème de valorisation, soit on valorise les ressources domestiques à leur coût d'opportunité selon l'approche du capital humain, soit on présente l'information non valorisée, en volume.

3. L'autre élément analysé en fonction sa pertinence par rapport à l'intervention de santé étudiée est **l'impact sur la sphère productive**. Le choix de l'approche est alors compliqué car il n'y a pas consensus : approche du capital humain, approche des coûts de friction ou approche de Washington. On peut également choisir, de nouveau, de présenter les informations en volume (nombre de jours d'arrêts de travail par exemple).
4. Enfin, le dernier élément, indispensable lorsque l'on évalue une transformation organisationnelle, est **l'analyse des ressources spécifiques** de type savoir-faire, confiance, etc. Les méthodes quantitatives trouvent ici leurs limites, et l'évaluation économique doit savoir se tourner vers des méthodes qualitatives développée dans d'autres champs de recherche (psychométrie, sociologie).

Bibliographie

Briggs A., Gray A., 1998, The distribution of health care costs and their statistical analysis for economic evaluation, *Journal of Health Services Research and Policy*, vol 3, n° 4, pp. 233-245.

Brouwer W., Koopmanschap M., Rutten F., 1997, Productivity costs in cost-effectiveness analysis : numerator or denominator : a further discussion, *Health Economics*, vol 6, pp. 511-514.

collectif, 1997a, *Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière*. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 195 pages. Bulletin officiel, N° n°97/2 bis, tome 1.

collectif, 1997b, Recommandations de bonnes pratiques des méthodes d'évaluation économique des stratégies thérapeutiques. *La lettre du collège*, vol n° spécial, avril 1997.

Drummond M., O'Brien B., Stoddart Greg et al., 1998, *Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé*. Paris : Economica.

Flori Y.-A., Geoffard P.-Y., 1995, Coût d'une maladie : peut-on l'évaluer ?, *Problèmes économiques* n° 2442, pp. 5-8.

Gervais M., 1994, *Contrôle de gestion*. Paris : Economica.

Gold M. R., Siegel J. E., Russell L. B. et al., 1996, *Cost effectiveness in health and medicine*. Oxford : Oxford University Press.

Johannesson M., 1994, The concept of cost in the economic evaluation of health care, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol 10, n° 4, pp. 675-682.

Koopmanschap M., Rutten F., van Ineveld M. et al., 1995, The friction cost method for measuring indirect costs of disease, *Journal of Health Economics*, vol 14, pp. 171-189.

Launois R., 1999, Un coût, des coûts, quels coûts ?, *Journal d'Economie Médicale*, vol 17, n° 1, pp. 77-82.

Lily Moto, 1995, *Santé et multidisciplinarité. Choix et décision*. Paris : Hermes.

Luce B., Elixhauser A., 1990, Estimating costs in the economic evaluation of medical technologies, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol 6, pp. 57-75.

McIntosh E., Donaldson C., Ryan M., 1999, Recent advances in the methods of cost-benefit analysis in healthcare, *Pharmacoeconomics*, vol 15, n° 4, pp. 357-367.

Midy F., Schneider-Bunner C., 1997, L'aide à la décision en santé. Vers un pluralisme de critères pour concilier efficacité et équité. Dijon : XVIIèmes Journées de l'Association d'Économie Sociale, pp. 69-90.

Ministère du travail et des affaires sociales, 1996, Le PMSI. Analyse médico-économique de l'activité hospitalière. *La lettre d'informations hospitalières* n° n° spécial, mai 1996, 71 pages.

Peebles P., Wertheimer A., Mackowiak J. et al., 1997, Controversies in measuring and valuing indirect costs of productivity forgone in a cost of illness evaluation, *Journal of research in pharmaceutical economics*, vol 8, n° 3, pp. 23-32.

Posnett J., Jan S., 1996, Indirect cost in economic evaluation : the opportunity cost of unpaid inputs, *Health Economics*, vol 5, pp. 13-23.

Sculpher M., O'Brien Bernie, 2000, Income effects of reduced health and health effects of reduced income, *Medical Decision Making*, vol 20, pp. 207-215.

van Ours J., Ridder G., 1991, Cyclical variation in vacancy durations and vacancy flows. An empirical analysis., *European Economic Review*, vol 35, pp. 1143-1155.

Weinstein Milton C., Siegel J. E., Gold M. R. et al., 1996, Recommendations of the Panel on cost-effectiveness in health and medicine, *JAMA*, vol 276, n° 15, pp. 1253-1258.

Williams A., 1970, Cost benefit analysis. in : *The managed economy*. Cairncross A. (éd.). Oxford : Blackwell.