

Un coût, des coûts, quels coûts ?

R. LAUNOIS

Faculté de médecine Léonard-de-Vinci,
Directeur de l'Institut de recherche et d'évaluation médicale
et économique (IREME), 74, rue Marcel Cachin,
93017 Bobigny Cedex, France.

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. Au-delà du coût total du traitement, il est démontré que l'on peut accéder à une analyse pertinente du type de financeurs concernés (Sécurité sociale, Etat, famille, etc.), et de la nature des moyens mis en œuvre (coûts médical, familial, social et budgétaire, cf. *tableau 1*).

Les économistes considèrent que le coût d'un bien n'existe pas. Il n'est pas une caractéristique intrinsèque d'un objet ou d'un produit comme pourrait l'être la température pour l'air ou l'eau. Il s'agit d'un calcul reposant sur une théorie et sur des conventions. Un coût se caractérise par son objet (une entrée, une journée, un groupe homogène de malades, une phase de traitement, un suivi thérapeutique au long cours), son contenu (coûts directement rattachables au patient, coûts directs du service, coûts contrôlables incluant non seulement les dépenses liées au fonctionnement du service, mais aussi celles induites par son activité, coûts quasi complets, dépenses d'administration générale incluses, mais frais de structures exclus, coûts complets), le point de vue retenu (celui du secteur hos-

pitalier, de l'assurance maladie, de l'Etat, des ménages ou de la société) et le moment auquel il est calculé.

1. UN COÛT DE QUOI ?

Depuis les travaux de Rice et al., on distingue classiquement deux catégories de coûts pour chiffrer les conséquences économiques d'un traitement. Sous l'appellation coûts directs, on regroupe la réalité des dépenses qui sont effectuées pour le traitement et la prise en charge d'une pathologie. En revanche, 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. Ces expressions sont parfois difficiles à comprendre d'autant qu'elles sont souvent utilisées dans un contexte différent pour distinguer dans la comptabilité de l'hôpital les charges qui peuvent être affectées directement à un produit de celles qui sont communes à l'ensemble du processus de soins tels que les frais de structure et d'administration générale. En réalité, le coût direct correspond à la totalité des charges que l'on peut affecter sans convention ni arbitraire à un objet de coût dès lors que celui-ci est défini avec

précision. Cette règle s'applique en santé comme ailleurs.

1.1. Coûts directs

Le coût direct englobe toutes les dépenses liées à la mise en œuvre d'un traitement, qu'il s'agisse du coût médical des soins proprement dits, des dépenses personnelles et subsidiaires entraînées par le traitement pour les familles, des prestations en espèces versées par les différents financeurs sociaux : Sécurité sociale, Etat ou collectivités locales, et des crédits consacrés à la santé par les différentes administrations.

Le coût médical regroupe d'une part, les dépenses admises au remboursement par la Sécurité sociale et remboursées par celle-ci après déduction des frais laissés à la charge de l'assuré, et d'autre part, les dépenses qui sont laissées à la charge des familles, soit parce qu'elles ne sont pas remboursées (ticket modérateur de droit), soit parce qu'elles ne sont pas reconnues (ticket modérateur de fait, lié au dépassement d'honoraire ou à l'automédication). Si l'on s'intéresse non plus à l'origine des financements mais à la nature des opérations financées, il s'agit de frais relatifs à l'hospitalisation, aux soins prodigués en milieu ambulatoire et aux transports sanitaires.

Les dépenses qui ne sont pas directement liées aux soins, mais qui les accompagnent fréquemment sans être remboursées par la Sécurité sociale, constituent le coût familial. Rentre dans cette catégorie à titre principal, les dépenses d'hébergement des longs séjours dont les

familles doivent supporter la charge alors que celles relatives aux soins sont payées par la Sécurité sociale, tous les frais d'équipement auxquels les familles sont contraintes de procéder lorsqu'elles veulent garder leurs malades à domicile, et tous les frais de transport non sanitaires qu'elles doivent supporter pour se rendre au chevet de leur proche qu'il a fallu hospitaliser. Bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler de dépenses monétaires, il convient pour évaluer la charge qui pèse sur les familles du fait du traitement, de tenir compte des absences sur le lieu de travail, entraînées par la garde familiale des proches.

Certaines de ces dépenses sont prises en charge par l'aide sociale et les conseils généraux lorsque les familles ne sont plus à même d'y faire face. Elles viennent alors s'ajouter aux revenus de substitution accordés par l'Etat : allocation adulte handicapé, allocation compensatrice, etc. Les crédits d'enseignement, de recherche et d'équipement doivent être également pris en considération. Ils sont isolés sous la rubrique coût institutionnel, et rattachés, par conséquent, au secteur administratif.

1.2. Coûts indirects

Ils comptabilisent le manque à gagner dans le secteur productif, lié aux absences sur le lieu de travail, dues au traitement. Eventuellement, peut y être ajoutée la contre-valeur des pertes de production, associée aux interruptions prématurées des activités professionnelles.

Cf. tableau I ci-contre

Tableau I : Guide de calcul des coûts médico-économiques

	Secteur hospitalier		Assurance Maladie	Etat et collectivités locales	Ménages et autres financeurs	Société	
	Dépenses	Recettes					
I - COÛTS DIRECTS							
I.1 - Coût médical							
Dépenses médicales reconnues et remboursées (DRR)	Charges directes	Dotation globale de financement	X	O	O	DRR* coûts/tarifs	Secteur Soins
Dépenses médicales reconnues et non remboursées (DRNR) (tickets modérateurs de droit)	et	Produits de la tarification hospitalière	O	O	X	X	
Dépenses médicales non reconnues (DNRNR) (tickets modérateurs de fait : dépassements d'honoraires, forfaits hospitaliers...)	Charges indirectes	Recettes subsidiaires (non liées à la fonction soins)	O	O	X	X	
I.2 - Coût familial							
Dépenses médico-sociales (hébergement)			O	X	X	X	Secteur médico-social
Dépenses familiales (équipements, transport)			O	O	X	X	
Heures de travail perdues pour le malade, du fait du traitement			O	O	X	X	
Heures de travail perdues par l'entourage, du fait de la garde			O	O	X	X	
I.3 - Coût social							
Prestation en espèces (arrêts de travail, invalidité, décès), Allocation adulte handicapé, revenu minimum d'insertion			X	X	O	O	Transferts sociaux
I.4 - Coût institutionnel							
Enseignement, recherche, équipement			O	X	O	X	Secteur administr.
II - COÛTS INDIRECTS							
Heures de travail perdues du fait de la maladie			O	O	X	X	Secteur productif
III - COÛT MÉDICO-ÉCONOMIQUE TOTAL (I + II)							
			X	X	X	X	

* La multiplication de la dépense reconnue et remboursée par un quotient coût/tarif indique la nécessité de raisonner en termes de coût d'opportunité lorsqu'on se place au niveau de la société considérée dans son ensemble.

2. UN COÛT POUR QUI ?

Le cadrage des coûts à prendre en compte dans toute évaluation économique doit correspondre aux préoccupations budgétaires de l'interlocuteur que l'on veut engager dans un projet de santé. En ce domaine, il n'y a pas d'étude passe-partout, l'étude réalisée pour un type de payeur devra exclusivement prendre en compte le point de vue de celui-ci. De nombreuses études ont été faites ou sont en cours pour éclairer les choix des directions hospitalières et ceux de l'assurance maladie ou de l'Etat. Il faut remarquer que peu d'études s'intéressent au point de vue des ménages, et encore moins à celui de la société tout entière. Or, il serait de la responsabilité de la puissance publique d'incarner l'intérêt général, en synthétisant l'ensemble des répercussions d'un projet sanitaire, tant dans le domaine sanitaire et médico-social que dans les domaines administratifs et productifs.

L'approche la plus concrète pour les professionnels de santé s'intéresse au financement des établissements hospitaliers, et à l'étude des coûts qu'entraîne leur fonctionnement. On se livre alors à des exercices de micro-costing, en considérant soit le coût directement rattaché à un malade et à sa prise en charge, soit le coût directement lié au fonctionnement d'un service clinique, soit celui qu'induit son activité pour les laboratoires et les services médico-techniques, regroupés sous la rubrique coûts contrôlables. A ce niveau, prendre en compte les frais d'administration générale et les frais de structure est totalement superflu, puisque ni les pharmaciens, ni les médecins ne sauraient être tenus responsables de leur évolution.

Dans le cas où on adopte le point de vue de l'assurance maladie, on ne recensera que les dépenses auxquelles celle-ci doit faire face, soit au titre de ses pres-

tations en nature sous forme de remboursement des dépenses de ville avancées par les ménages ou des frais hospitaliers payés directement aux établissements concernés, soit au titre des prestations en espèces versées aux assurés sociaux en arrêt de travail.

Si l'on s'intéresse aux répercussions du traitement sur le budget des familles, on procédera au décompte des coûts médicaux qui restent à leur charge dans le secteur sanitaire, comme par exemple, le ticket modérateur. On y ajoutera la totalité des dépenses connexes aux soins, qui ne sont en aucun cas remboursées par la Sécurité sociale, comme par exemple l'aménagement du domicile. Seront aussi pris en considération la contre-valeur des heures de travail perdues par l'entourage du malade, du fait de la garde et les pertes de revenus que provoque l'irruption de la maladie pour le patient lui-même.

Lorsque l'évaluation se place du point de vue de l'Etat et des collectivités territoriales, on intégrera ce qui est habituellement négligé au niveau de la société tout entière, c'est-à-dire les transferts sociaux et les revenus de substitution qui grèvent lourdement les budgets locaux et les finances publiques. On comptabilisera également les dépenses d'équipements lourds inscrites aux titres V et VI de la loi de finances prévisionnelles.

Lorsque le décompte des frais est opéré au niveau de la société tout entière, il devrait comptabiliser toutes les charges citées dans le guide de calcul du coût médico-économique, à savoir les dépenses du secteur sanitaire et médico-social, celles des secteurs administratif et productif, à l'exclusion des opérations de transferts. Il est toutefois exceptionnel qu'elles soient toutes comptabilisées simultanément. Certains auteurs adoptent le point de vue de la société, mais s'en tiennent à l'évaluation des seules dépenses sanitaires, sans prendre en compte

les coûts non médicaux supportés par la famille ou la puissance publique, ni les coûts indirects liés aux pertes de production. D'autres s'intéressent à la fois aux coûts directs et indirects. Quels que soient les choix effectués, il convient de noter que les transferts sociaux n'ont pas à être pris en compte à ce niveau. Les dépenses correspondantes ne bénéficient pas directement aux secteurs sanitaire et social. Elles sont prélevées sur certains assujettis ou contribuables, pour être redistribuées à d'autres (vignettes, contribution sociale généralisée) et ne correspondent en aucune façon à une affectation spécifique de ressource au bénéfice du secteur sanitaire.

3. UN COÛT VALORISÉ COMMENT ?

L'unité retenue pour valoriser les quantités consommées dépend de l'interlocuteur auquel l'étude est destinée.

Sécurité sociale	→	Tarif des prestations journalières (TPJ)
Directeur d'hôpital	→	Groupes homogènes de malades (GHM)
Pharmacien chef	→	Coût d'usage du médicament (CUM)
Autorités de tutelle	→	Coût sociétal (GHM + CUM)

Vis-à-vis du directeur, la démonstration doit être faite en points ISA, par groupe homogène de malades, puisque la dotation globale théorique de l'établissement qu'il dirige est calculée en fonction de la structure des pathologies qui y sont traitées et de la lourdeur des coefficients en points ISA qui y sont attachés. Un traitement qui permet de réduire la durée de séjour dans l'établissement libérera des lits pour de nouvelles entrées, ce qui se traduira par l'apparition d'un nombre supplémentaire de GHM, dont la valeur

S'il s'agit, pour un établissement, de convaincre ses interlocuteurs habituels au niveau de la Sécurité sociale, il conviendra d'employer le tarif des prestations journalières. Dans chaque département, une des caisses des trois grands régimes de la Sécurité sociale - régime général des travailleurs salariés, régime des travailleurs indépendants, régime des exploitants agricoles - est l'interlocuteur unique des établissements hospitaliers qui y sont implantés. Elle verse chaque mois, au nom de l'ensemble des régimes, 1/12^e de la dotation globale de financement qui leur est attribuée, puis demande ultérieurement aux caisses correspondantes de rembourser les sommes dont elle a fait l'avance. Le tarif des prestations journalières permet alors de répartir le financement de la dotation globale entre les régimes de Sécurité sociale au prorata du nombre et de la durée du séjour de leurs assujettis dans l'établissement. Cette unité de valorisation des coûts n'a donc qu'une signification comptable. Son usage dans les études pharmaco-économiques est à proscrire sauf si celles-ci sont destinées à la Sécurité sociale.

sera inférieure aux charges variables additionnelles que comporte l'hospitalisation d'un nouveau patient. Ce qui donne, *in fine*, à l'établissement une plus grande marge de manœuvre sur le plan financier.

Aucune des deux unités de valorisation précédemment évoquées n'a de signification pour l'acheteur avisé et prudent que peut être un pharmacien chef de service. Ce qui lui importe, c'est de connaître quelles économies peuvent être réalisées au niveau de son département

lorsqu'un médicament est utilisé de préférence à un autre. Les calculs devront alors être faits en termes de coûts protocolés, c'est-à-dire à l'aide de coûts fixés à l'avance ayant valeur de normes, ces normes portant à la fois sur les quantités consommées et les coûts unitaires. Les quantités standard utilisées dans chacun des protocoles mis en œuvre dans le cancer du colon, par exemple, sont définis à l'aide de trois critères : la dose, la durée de perfusion et l'espacement des cures. Ces trois paramètres déterminent directement le coût d'acquisition des médicaments, leur coût de préparation et la valeur des consommables nécessaires à leur mise en œuvre.

Les coûts unitaires seront repérés dans la comptabilité du service à partir du coût d'acquisition des médicaments, des consommables et du prix de revient standardisé du personnel de la pharmacie.

Lors des négociations avec les autorités de tutelle, il est important de dépasser l'approche tarifaire et de démontrer quels peuvent être les surcoûts ou les économies réelles associés à l'introduction d'une nouvelle thérapeutique. Il convient alors de calculer quel est le véritable coût d'opportunité des initiatives prises, c'est-à-dire la valeur de ce que l'on n'a pas pu faire en faisant ce que l'on fait. On exclura donc des 17 composantes de coût analysées dans l'étude PMSI les 7 rubriques qui se rapportent aux coûts médicaux variables pour les remplacer par les coûts réels directement rattachables à la mise en œuvre d'un protocole particulier. Eventuellement, lorsque la mise en œuvre de cette procédure est impossible, on se contentera d'ajouter le coût d'usage du médicament à la valeur du GHM en points ISA pour calculer le coût sociétal d'une hospitalisation. Une telle convention est certes rustique, elle implique l'existence de double emploi, mais elle est acceptable lorsque la valeur des doubles comptes est modeste.

4. UN COÛT MESURÉ QUAND ?

Il existe deux méthodologies d'évaluation du coût d'un traitement : l'approche dite par prévalence et celle dite par incidence.

L'approche par prévalence consiste à évaluer les coûts directs et/ou indirects associés à un traitement à un moment donné du temps, généralement l'année. Elle tient compte uniquement des ressources consommées durant cette période, qu'il s'agisse de nouveaux ou d'anciens malades. Cette approche constitue un raisonnement en terme de stock qui permet de calculer le coût annuel moyen de la prise en charge de l'ensemble des patients.

L'approche par incidence consiste à cumuler les coûts directs et/ou indirects depuis le début du traitement jusqu'au décès. C'est un raisonnement en terme de flux qui fait appel aux techniques de l'actualisation pour convertir les dépenses futures en valeur courante (valeur actuelle de flux). Cette méthodologie permet de déterminer le coût à long terme des nouveaux traitements. L'approche par incidence est plus exigeante en termes de données dans la mesure où elle requiert des hypothèses quant à l'évolution de la maladie sous traitement.

Le choix de l'une ou de l'autre méthode dépend de l'objectif poursuivi. La première s'inscrit dans une démarche de contrôle des coûts dans l'urgence : elle permet de savoir comment et sur quels postes on peut agir. La seconde correspond davantage à une démarche d'évaluation ; elle pose la question : comment infléchir le coût d'un traitement dans le temps ? Les décideurs politiques, à la recherche de résultats rapides de maîtrise des coûts, privilégient généralement la première méthode. En revanche, les cliniciens, attachés au suivi régulier des malades et à leur devenir, préfèrent l'approche par incidence.