

LETTRE du COLLÈGE

COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

LE MOT DU PRÉSIDENT

Cela devient une habitude : chaque année à la même époque et dans cette même colonne je me félicite du succès des JESF. C'est sans doute répétitif mais je n'y peux rien : les 33^e JESF ont vraiment été cette fois encore, en dehors de toute complaisance et de toute langue de bois, une belle réussite. Et il faut, une fois de plus, en remercier les initiateurs et les organisateurs, Sophie Béjean et les membres du Comité scientifique, Thomas Barnay et l'équipe du CES, sans oublier bien entendu nos hôtes lyonnais en particulier Nora Moumjid. Une fois encore il faut se féliciter de la qualité des travaux scientifiques et de l'ambiance amicale et constructive qui présidait aux débats. J'avais émis l'année dernière le petit regret d'avoir vu un peu trop de travaux économétriques sans réels enjeux théoriques ou politiques. Et bien, ce ne fut pas le cas à Lyon, du moins dans les sessions auxquelles j'ai assisté. Toutes les études apportaient des réponses intéressantes à de vrais problèmes de santé publique, qu'il s'agisse de l'installation des médecins, de l'effet temporaire ou permanent des variations de ticket modérateur, de la mesure des inégalités d'accès aux soins, etc., etc. L'innovation 2010 consistant à organiser une table ronde qui portait en l'occurrence sur l'évaluation économique a été appréciée à juste titre. Et cela tombait d'autant mieux que la HAS et sa commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP) venait, le jour même, de mettre en ligne la première version de ses recommandations méthodologiques dont nous avons pu avoir la primeur grâce à Marie-Odile Carrère et à Benoît Dervaux. Le Collège est très sensible à l'invitation qui lui a été adressée par Laurent Degos, Président de la HAS et par Lise Rochaix, Présidente de la CEEPS, de venir commenter ces guidelines courant janvier 2011 devant la CEESP et à laquelle il se rendra avec plaisir.

Claude LE PEN
LEDa, LEGOS, Université Paris Dauphine

ÉDITORIAL :

La prévention entre rhétorique et calcul

On connaît le discours: la France ne fait pas de prévention; elle n'y consacre que 3% à peine de son budget santé; nous baignons dans une culture du « tout-curatif » qui fait la fortune des médecins et le malheur des patients ; la santé publique est insuffisamment enseignée dans les facs de médecine et le développement d'une vraie politique de prévention est la seule solution durable aux problèmes financiers du système de santé. Bref « *an ounce of prevention is worth a pound of cure* » ou, plus pittoresque, « *Vorsicht ist die Mutter der Porzellan-kiste* ». Tout n'est évidemment pas faux dans cette enfilade de lieux communs. Mais cela reste superficiel et d'une certaine manière illusoire.

Il faut nuancer l'idée d'une France dépourvue de culture préventive. « Instruction publique » et « santé publique » ont été les deux mamelles de la 3^{ème} République, âge d'or de l'hygiénisme en France. S'il est vrai que, dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle, les progrès de la médecine curative ont « ringardisé » une démarche qui est apparue vieillotte avec la radio pulmonaire des écoles et les vaccinations du nourrisson, la prévention a connu un fort regain d'intérêt dans les dernières décennies, avec le SIDA bien sûr, mais aussi avec le succès relatif des campagnes anti-tabac, la diminution tendancielle de la consommation d'alcool, ou le souci contemporain de la lutte contre l'obésité et les maladies métaboliques. La France est même un des rares pays à avoir fait une place constitutionnelle à cet ambigu « principe de précaution » que certains

interprètent comme une menace pour l'innovation.

Les études de l'IRDES ont par ailleurs montré que l'effort financier consenti par le système de soins en faveur de la prévention était bien supérieur aux fameux 3%, si on allait au-delà des dépenses des institutions de prévention (la médecine scolaire ou la PMI) et si on y incluait ces soins ambulatoires dont la nature préventive est souvent travestie en traitement curatif d'un facteur de risque. Mais c'est surtout l'idée d'une prévention « *cost-killer* » qui est discutable. D'abord parce que la prévention a elle-même un coût. C'est évident quand elle passe par un acte ou prescription médicale, mais c'est également le cas quand elle porte sur les comportements et le style de vie. Et il n'existe pas de loi générale quant à sa « rentabilité » sociale. Cela dépend des cas. Il existe des préventions « *cost-saving* » (par exemple la vaccination contre la grippe des personnes âgées), des préventions tout juste « *cost-effective* » et des préventions qui ne sont ni « *cost-saving* » ni « *cost-effective* ». Il doit même exister des cas où il vaut mieux guérir que prévenir !

La prévention n'échappe pas à cette loi générale qu'exprime l'économie de la santé, que son intérêt collectif dépend non d'un postulat général posé *a priori* mais d'un calcul, au cas par cas, contextualisé et documenté, de ses coûts et de ses avantages.

Claude LE PEN
LEDa, LEGOS,
Université Paris Dauphine

COMMENT EVALUER LES « VRAIES » DEPENSES DE PREVENTION EN FRANCE ?

L'estimation incomplète des dépenses de prévention dans les Comptes de la santé.

En dépit d'un développement régulier des efforts de prévention organisée (éducation à la santé, généralisation des dépistages, sensibilisation aux conduites à risques, etc.), les dépenses de prévention affichées en France au niveau macroéconomique demeurent marginales par rapport au total des dépenses de santé. En 2009, seules 2,6% des dépenses de santé étaient dévolues à la prévention d'après les estimations produites dans les Comptes nationaux de la santé¹. La France se classe même parmi les pays de l'OCDE qui consacrent le moins de ressources à la prévention, même si la part de la prévention dans les dépenses de santé est très variable selon les pays (de 0,6% en Italie à 8% au Canada²).

Cependant, ce type de calcul macroéconomique fondé sur des règles de comptabilité nationale sous-estime généralement l'effort consacré à la prévention dans un système de santé, comme cela a été souligné par de Bekker-Grob *et al.* dans le cas des Pays-Bas³. En effet, en France comme dans la plupart des autres pays, l'estimation produite par la Comptabilité nationale appréhende, de façon précise mais quasi-exclusive, les dépenses qui relèvent de la prévention organisée et institutionnelle réalisée dans le cadre du système de santé : cela recouvre, schématiquement, toute activité préventive s'inscrivant dans un programme de prévention ou faisant l'objet d'un financement spécifique de la part de l'Etat, des collectivités locales ou de l'Assurance maladie.

En revanche, deux pans importants de la « prévention » au sens large échappent à l'estimation produite dans les Comptes de la santé.

En premier lieu, une fraction importante des actions de prévention environnementale - c'est-à-dire de la prévention réalisée en amont du système de santé et du risque d'apparition des pathologies - ne peut pas être comptabilisée. Les Comptes de la santé incluent bien certaines composantes essentielles de la prévention environnementale (hygiène du milieu, veille sanitaire, sécurité des aliments, prévention des risques professionnels), qui représentent une dépense totale de 2,4 milliards d'Euros pour 2009. Mais, d'autres composantes qui contribuent directement à garantir l'innocuité de l'environnement et à préserver la santé des individus, et qui génèrent vraisemblablement des dépenses importantes (prévention routière, sécurité de l'habitat, surveillance de la qualité de l'eau et de l'air...), ne peuvent être valorisées dans les Comptes de la santé.

Il existe une seconde lacune plus problématique : l'estimation affichée dans les Comptes de la santé ne permet pas de repérer la prévention médicale individuelle réalisée en dehors du cadre des programmes institutionnels. Cela exclut notamment l'activité de prévention développée par les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne ou les démarches à visée préventive effectuées par les individus en dehors d'un schéma d'organisation ou de financement spécifique. Par exemple, une mammographie de dépistage sera comptabilisée parmi les dépenses de prévention institutionnelles par les Comptes de la santé si l'assurée effectue cette démarche dans le cadre du programme national de prévention du cancer du sein et utilise le coupon prévu à cet effet mais pas si l'assurée effectue la démarche de son propre chef ou sur prescription de son médecin traitant.

L'Irdes et la Drees ont développé conjointement une méthodologie permettant de corriger cette sous-estimation en proposant une méthode de repérage et d'estimation de ces dépenses de prévention médicale individuelle qui, en l'état, ne

¹ Fémina A., Le Garrec M.-A. et Koubi M. (2010), « Comptes nationaux de la Santé 2009 », DREES, Séries statistiques, n°149.

² Source : Eco-Santé OCDE (www.ecosante.fr)

³ de Bekker-Grob E. W., Polder J. J., Mackenbach J. P. and Meerding W. J. (2007), "Towards a comprehensive estimate of national spending on prevention", BMC Public Health, 7:252.

sont pas repérables car comptabilisées indifféremment avec les toutes dépenses curatives dans l'agrégat « Consommation en Biens et Services Médicaux » (CSBM) des Comptes de la Santé.

Différentes approches et typologies de la prévention

La difficulté méthodologique majeure de ce genre d'étude est de circonscrire le champ de la prévention d'un point de vue théorique et pratique. Parallèlement, il faut se doter d'un outil de classement des activités préventives retenues qui soit aussi opérationnel et consensuel que possible.

La frontière entre activités préventives et curatives est parfois ténue. Par exemple, dans la classification usuelle proposée par l'OMS qui distingue trois niveaux de prévention (primaire, secondaire et tertiaire), la définition sous-jacente de la prévention est très extensive. En particulier, il est communément admis que la prévention tertiaire - qui cherche à diminuer les récurrences et les incapacités, à favoriser et limiter les complications et séquelles d'une maladie - déborde le cadre strict de la prévention et se confond avec les soins curatifs.

Ainsi, le découpage de la prévention adopté dans l'étude s'inspire directement de la classification OMS, en excluant l'intégralité de la prévention tertiaire du champ de l'estimation et en subdivisant la prévention primaire en deux catégories distinctes :

- 1) les mesures cherchant à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable chez les biens portants et
- 2) la prise en charge des conduites à risque, des facteurs de risque non compliqués et de certaines formes précoces de maladie.

L'inclusion de certains recours au système de soins dans le champ de la prévention peut prêter à débat car elle conditionne directement la valorisation des dépenses de prévention. Par exemple, la contraception nous semble clairement relever d'une démarche préventive bien qu'elle ne prévienne pas réellement une « patho-

logie ». Il en va de même du sevrage des conduites addictives (tabac, alcool, toxicomanie), même si sa mise en œuvre cherche autant à limiter les effets néfastes à court terme qu'à prévenir les maladies futures. Enfin, le choix le plus discutable concerne des facteurs de risque cardio-vasculaires comme l'hypertension artérielle, le diabète et les hyperlipidémies. Nous avons privilégié la vision épidémiologique dominante qui considère effectivement ces problèmes de santé comme des facteurs de risque et des signes avant-coureurs (d'affections cardiovasculaires en particulier) davantage que comme des pathologies intrinsèquement. Ainsi, leur prise en charge, notamment médicamenteuse, a été valorisée dans les dépenses de prévention, en prenant soin d'exclure les formes compliquées (présence de pathologies associées ou d'antécédents cardiovasculaires).

Repérer les actions à visée préventive parmi les dépenses en biens et services médicaux

En déclinant une méthodologie développée dans le cadre des Comptes la santé par pathologie⁴ et largement utilisée à l'étranger dans les études de coût par pathologie⁵, ces travaux ont permis de produire une estimation plus complète des dépenses de prévention pour l'année 2002.

L'estimation a été réalisée selon une méthode descendante (*top-down*) à partir des montants connus au niveau macroéconomique, pour la CSBM et ses différents postes, auxquels ont été appliquées des « clés de répartition » calculées par ailleurs à partir de diverses sources d'information médico-économiques : enquêtes, panels d'activité des professionnels de santé, données de remboursement de l'Assurance maladie... Les sources sélectionnées devaient proposer un niveau de détail et d'information suffisant pour identifier avec précision le bien ou le service médical, connaître ses justifications cliniques (diagnostics principaux, étiologie), si possible

⁴ Paris V., Renaud T. et Sermet C. (2003), « Des comptes de la santé par pathologie : un prototype sur l'année 1998 », Irdes, rapport n° 1480, 167 p.

⁵ Heijink R., Noethen M., Renaud T., Koopmanschap M. and Polder J. (2008), "Cost of illness : An international comparison - Australia, Canada, France, Germany and The Netherlands", Health Policy, 88(1):49-61.

apporter des éléments plus généraux sur le contexte clinique (pathologies associées, existence d'une maladie chronique, antécédents personnels et familiaux...) et, enfin, valoriser la dépense associée⁶.

La fraction de la CBSM identifiée comme relevant d'une activité préventive est de 4,4% pour l'année 2002 ; cela représenterait 7,80 Milliards d'Euros pour 2009 en extrapolant ce résultat aux dépenses de santé actuelles, à supposer qu'il n'y ait pas eu de modification structurelle importante dans la CSBM. Cette estimation monétaire est fortement conditionnée par le champ de la prévention considéré : en particulier, si l'on choisissait de ne pas considérer la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire, le montant diminuerait de 2,5 Milliards d'Euros.

Ce résultat illustre l'importance de la prévention médicale individuelle dans les contacts de routine avec le système de soins. Au total, en y ajoutant la prévention institutionnelle affichée dans les Comptes de la santé, la dépense de prévention reconstituée s'élèverait à 13,96 Milliards d'Euros (en extrapolant pour l'année 2009), dont 44% de prévention institutionnelle et 56% de prévention médicale extraite de la CBSM.

Parmi les dépenses totales de prévention, 17% relèvent de prévention environnementale et 4% de prévention médicale collective, soit une part de prévention collective de 21%. Les 79% des dépenses restantes sont générées par la prévention médicale individuelle : 29% concernent les mesures cherchant à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable chez les biens portants (4,1 Milliards d'Euros en extrapolant à 2009), 25% le dépistage (3,5 Milliards d'Euros) et 25% la prise en charge des facteurs de risque et des formes précoces de maladie.

La répartition par source de financement offre un profil très différent des standards habituels en

matière de dépenses de santé. Si la Sécurité Sociale est le financeur principal, à hauteur de 45% des dépenses de préventions, l'Etat et les collectivités locales ont un rôle majeur (25% du financement) ainsi que le secteur privé (qui finance notamment la médecine du travail) et les complémentaires santé qui financent 21% de ces dépenses de prévention. La part laissée à la charge des ménages demeure largement minoritaire (9%).

Conclusion

Disposer d'une estimation fiable et globale des dépenses de prévention constitue un préalable important dans l'orientation des politiques de santé publique à mettre en œuvre. A ce titre, il était primordial de compléter l'évaluation des dépenses consacrées aux programmes de prévention institutionnels en valorisant les efforts réalisés par les professionnels de santé pour relayer ces politiques de prévention et développer les comportements préventifs dans leur pratique médicale quotidienne.

Ce travail d'estimation global portant sur l'année 2002 n'a pas été actualisé. Pourtant, la méthode proposée est opérationnelle et reproductible en l'état, ce qui permettrait un suivi structurel des dépenses consacrées à la prévention et de leur évolution par rapport aux dépenses curatives.

L'estimation complémentaire des dépenses de prévention médicale résiduelles de la CBSM pourrait même être affinée grâce à l'enrichissement de l'information médicale disponible et à l'exhaustivité croissante des sources d'information disponibles. En particulier, une déclinaison des dépenses de prévention par âge et sexe, comme cela est réalisé en routine aux Pays-Bas [cf. note de page 5], apporterait des éléments essentiels à la compréhension et au pilotage du système de santé.

Thomas RENAUD

Consultant indépendant, TECSTA
thomas.renaud@tecsta.fr

Catherine SERMET

Directrice adjointe de l'Irdes
sermet@irdes.fr

⁶ Il nous est impossible de détailler ici l'ensemble des choix méthodologiques relatifs au champ des activités préventives retenues, à l'identification pratique de ces activités grâce aux informations des sources utilisées ou à la valorisation de cette prévention dans chaque source d'information puis rapport à chaque poste de la CSBM. Le lecteur intéressé pourra trouver tous ces éléments dans la note de bas de page [4] et Renaud T. et Sermet C. (2008), « Les dépenses de prévention en France. Estimation à partir des comptes nationaux de la santé 2002 », Irdes, rapport n° 1706, 110 p.

Actualisation partielle du Guide méthodologique pour l'évaluation économique des stratégies de santé

Synthèse du Rapport réalisé par Olivia Clément
sous la Direction de Claude le Pen et Thomas Barnay et remis à la Haute Autorité de Santé

Cette synthèse vise à mettre en lumière les éléments de convergence et ceux qui restent en débat dans la littérature économique autour des points suivants : comparateur, coûts, incertitude, évaluation contingente, méthode des choix discrets et transférabilité.

Comparateur

Les différents guidelines s'accordent sur l'importance du choix du comparateur car il influence les résultats de l'étude et leur pertinence pour les décideurs. Si aucun consensus ne se dégage, certains comparateurs sont plus fréquemment cités :

- La technologie de santé existante *versus* la technologie alternative faisant l'objet de l'étude (guide polonais, belge, canadien, néo-zélandais et autrichien) ;
- La technologie la plus utilisée (guides anglais, suédois, néo-zélandais, canadien, polonais et hollandais) ;
- La technologie recommandée dans les guidelines de pratiques cliniques s'ils existent pour la pathologie concernée (guidelines anglais, autrichien, hollandais et belge dans certains cas).

D'autres comparateurs tels que les technologies les plus efficaces, les moins coûteuses ou les plus coûts-efficaces sont parfois mentionnées. On note que ces technologies sont toujours associées à l'un des comparateurs cités précédemment. Dans tous les cas, les guidelines estiment que le choix du comparateur doit être justifié et présenté de façon précise (nom, classe thérapeutique, forme posologique, voie d'administration, durée du traitement...).

Un élément qui ne fait pas nécessairement l'objet de débat mais pour lequel aucun consensus ne semble exister à l'heure actuelle est la prise en compte du futur. Certains pays (Canada, Belgique et Nouvelle-Zélande) recommandent de tenir compte du futur (possible développement de génériques si le brevet expire prochainement par exemple ou évolution des pratiques cliniques). Cependant, la prise en compte du futur complique le choix du comparateur et doit s'accompagner d'analyses de sensibilité.

Coûts

Dans les guidelines et la littérature, lors de la détermination des coûts, l'importance de la perspective est soulignée. Par ailleurs, on retrouve l'idée qu'il est important de présenter les coûts en quantités et en valeurs monétaires (sans toutefois donner d'information précise sur la devise à utiliser). Enfin, les guidelines recommandent des analyses de sensibilité lors du traitement des coûts car ils ne sont pas toujours faciles à valoriser. Les analyses de sensibilité limitent l'incertitude.

La prise en compte des coûts est l'objet de nombreux points de désaccord. Tout d'abord au niveau de leur estimation. Ce sujet est peu traité dans la littérature et les guidelines ne s'accordent pas sur une méthode en particulier : analyse marginale, coûts moyens, coûts d'opportunité... Toutefois, tous indiquent qu'il est important de justifier et de préciser le type de coûts utilisés.

Un autre point abordé différemment en fonction des guidelines est la typologie relative aux coûts. Certains guides font la distinction entre coûts directs et indirects et médicaux et non médicaux sans toutefois les définir clairement, partager une définition commune, attribuer les mêmes coûts à la même typologie. Peut-être serait-il judicieux de ne plus utiliser cette typologie comme c'est le cas au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande.

La prise en compte du temps perdu peut également poser problème. Il est possible de considérer que le temps perdu est pris sur le temps de loisir des patients et des familles. Dans ce cas, il n'y a pas de coûts d'opportunité pour la société. Toutefois cette hypothèse a ses limites. Par ailleurs, prendre en compte ou non le temps perdu dépend de la perspective adoptée. Il est possible de le présenter séparément comme un élément supplémentaire d'aide à la décision.

Deux autres types de coûts doivent être abordés avec attention : les pertes de production et de productivité et les coûts futurs. Les pertes de productivité et de production peuvent être évaluées au moyen de la méthode du capital humain ou de la méthode des coûts de friction. Toutes deux ont leurs limites, cependant la méthode des coûts de friction requiert un travail empirique important et aboutit à des estimations inférieures. Les coûts futurs font l'objet d'un important débat dans la littérature.

La prise en compte des coûts, en raison de l'impact direct sur les résultats des évaluations médico-économiques, doit être traitée avec attention.

Incertitude

L'ensemble des guidelines s'entendent sur l'impact de l'incertitude et de ses causes sur les résultats. L'incertitude a deux sources : elle peut être liée aux paramètres et aux choix méthodologiques. Donner une définition plus précise des sources de l'incertitude semble judicieux (peu de guidelines précise ce qu'il en est réellement).

On observe que les guides et la littérature ne proposent pas de traiter l'incertitude de la même façon. Tous s'accordent sur l'importance des analyses de sensibilité sans toutefois recommander le même type d'analyses (analyses déterministes univariées, multivariées, probabilistes...). Par ailleurs, les analyses de sensibilité peuvent être réalisées en complément d'analyses de seuil ou d'études des cas extrêmes. Enfin, la littérature scientifique propose d'autres méthodes pas toujours abordées (ou alors simplement mentionnées) dans les guidelines : plan coût-efficacité, la méthode de la « boîte », le bootstrap, le théorème de Fieller, la courbe d'acceptabilité.

L'incertitude est un vaste sujet influençant les résultats et lié à de nombreux éléments des évaluations médico-économiques (prise en compte des coûts, transférabilité, choix méthodologiques...).

Évaluation contingente

L'évaluation contingente peut être utilisée pour obtenir des consentements à payer (CAP) ou des consentements à recevoir (CAR). La littérature scientifique, en se basant sur la théorie des perspectives de Kaneman et sur « l'aversion à la perte », montre que le CAP est plus utilisé que le CAR. L'étude des évaluations contingentes menées dans les différents secteurs confirme la préférence pour le CAP.

Lorsque l'on étudie l'évaluation contingente, les auteurs s'accordent sur l'importance à accorder à la définition du scénario car l'acceptation de ce dernier par les répondants est une étape primordiale à la réussite de l'enquête. Il est donc nécessaire de réaliser un arbitrage entre le niveau d'information donné, la durée du questionnaire et les capacités cognitives des individus. Une bonne définition du scénario est importante car elle permet de limiter le biais hypothétique ainsi que les possibles effets de structure. Par ailleurs, les différentes études soulignent l'importance d'informer les individus de l'existence de substituts et de leur contrainte budgétaire. Une telle précaution permet de limiter l'effet de certains biais tels que les biais d'inclusion. Enfin, les études convergent sur le fait qu'il est conseillé d'inclure des questions socio-économiques. Les réponses obtenues pourront par la suite être utilisées pour expliquer les différentes valeurs des CAP.

Les points de divergences concernent davantage son utilisation dans le domaine de la santé et la mise en place de la méthode. Les points débattus sont la méthode de révélation des préférences (enchères, carte de paiement, référendum, question ouverte) et le mode d'interrogation (interview en face-à-face, téléphone, mail...). Ces éléments peuvent jouer un rôle sur la validité de la méthode et la recevabilité des résultats. La représentativité de l'échantillon dépend également fortement de la méthode utilisée. Aucun consensus n'a été trouvé dans la littérature. Par ailleurs, le choix du mode d'interrogation peut avoir un impact significatif sur les coûts et le temps nécessaire à la réalisation du questionnaire.

Enfin, il est nécessaire de s'interroger sur la recevabilité d'une étude en fonction du traitement économétrique. Le traitement des valeurs nulles ou extrêmes peut poser problème car il peut signifier une réponse protestataire de la part des répondants et biaiser les résultats.

Méthode des choix discrets

Comme dans le cas de l'EC, on s'accorde sur le fait que le développement du questionnaire et du scénario sont des étapes primordiales à la réussite de la MCD. Il est nécessaire que le contexte soit crédible pour être accepté par les répondants. Les auteurs s'accordent également sur le fait que les

différents attributs doivent être pertinents au regard de la problématique de décision, avoir un intérêt pour les répondants et être compréhensibles. Il est possible de recourir à des experts ou à des consommateurs pour identifier les attributs. Le choix de mauvais attributs faussera les résultats. S'ils n'intéressent pas les répondants, leur variation n'influencera pas leur choix. Quant aux niveaux des attributs, ils doivent être plausibles, recevables et impliquer un arbitrage de la part du répondant. Il est possible que le répondant ne réalise pas les arbitrages nécessaires s'il perçoit les écarts comme étant insignifiants ou trop importants. On conseille également d'attribuer le même nombre d'attributs pour éviter l'effet-attribut.

L'étape du design expérimental ne fait pas l'objet d'un consensus. La littérature propose différentes méthodes telles que la méthode factorielle totale ou la méthode factorielle partielle. Le design expérimental influence les fonctions d'utilité et suppose de tenir compte des capacités cognitives des répondants. Si aucune méthode n'est conseillée en particulier, certaines règles doivent être respectées pour assurer la qualité de l'étude (équilibre des niveaux, orthogonalité, croisement minimum, équilibre des utilités).

Comme dans le cas de l'EC, aucun accord n'a été trouvé concernant la façon d'administrer le questionnaire. Les deux méthodes appartenant aux méthodes d'élicitations des préférences révélées, elles ont en commun les biais propres à cette famille.

On note l'existence d'un débat concernant l'analyse des données. La plupart des études comparent l'impact relatif des attributs en étudiant la taille et la significativité des paramètres estimés. Lancsar *et al.* (2007) indiquent que ces paramètres ne sont pas directement comparables. Ils présentent cinq méthodes permettant de comparer l'impact relatif des attributs. Chacune des méthodes présentant des avantages différents, le choix dépendra des objectifs de l'étude.

Enfin, comme dans le cas de l'EC, le traitement des réponses nulles peut poser problème. Un désaccord existe concernant le traitement économétrique de telles réponses. Faut-il les tronquer ou utiliser une autre méthode (telle que celle proposée par Dziegielewska et Mendelsohn) ?

Transférabilité

La littérature dans son ensemble reconnaît que le caractère transférable des études est un enjeu important. En effet, s'il pouvait être reconnu, il permettrait des gains financiers conséquents. Les auteurs s'accordent pour reconnaître la variabilité des données. Il est également connu que les données économiques varient davantage que les données liées aux gains de santé.

Par ailleurs, différents facteurs affectent la transférabilité des études : les caractéristiques des patients, de la pathologie, des professionnels de santé, du système de santé et les critères méthodologiques utilisés lors de la réalisation d'une étude. D'autres éléments tels que la perspective, l'horizon temporel, le choix du comparateur peuvent limiter la transférabilité des études.

Suite à l'étude de la littérature, différentes recommandations permettant d'accroître la transférabilité ont été observées. Réaliser des études transparentes est le premier élément impactant la transférabilité. En effet, il est conseillé de fournir un maximum de renseignements concernant les données (les présenter précisément, indiquer les sources, les prix, les quantités, les méthodes de calcul utilisées...). On préconise également de donner des renseignements concernant le choix du comparateur et la perspective adoptée. Enfin, présenter des analyses de sensibilité peut aider les utilisateurs potentiels de l'étude. Lorsqu'il n'est pas possible de faire figurer ces informations dans une étude, on recommande d'indiquer au lecteur comment il peut se les procurer.

Les points de divergence concernant la transférabilité ont trait aux méthodes utilisées pour évaluer le caractère transférable des études. Quatre méthodes ont été identifiées. La littérature scientifique ne s'accorde pas sur l'utilisation d'un modèle en particulier (même si le modèle de Welte est le plus fréquemment cité).

Au regard de la littérature, il n'existe pas d'accord quant à la transférabilité des études même s'il semble reconnu que les résultats d'une étude ne peuvent pas être directement appliqués à un autre contexte. Cependant, les auteurs peuvent décider d'utiliser certaines données ou d'apporter des modifications aux études existantes pour tenter de les adapter.

L'intégralité du rapport est accessible gratuitement sur le site du CES.



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,
adressez votre courrier au :

CES - 7, rue de Cîteaux, 75012 Paris.

Tél: +33 (0)1 43 45 75 65 - Fax : +33 (0)1 43 45 75 67

E-mail : ces2@wanadoo.fr

Site internet : <http://www.ces-asso.org>

ERRATUM : dans la lettre de septembre 2010, en page 6, la phrase suivante a été amputée :
« Dans le domaine de la prévention, en revanche, les résultats apparaissent moins significatifs même s'ils sont réels. »

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Claude Le Pen.

Secrétariat de rédaction : Thomas Barnay.

Tirage : 550 exemplaires.

Réalisation : Louyot.

ISSN : 1953-6755