

Etude mandatée par Interpharma

Dépenses de santé et frais de maladie

Polynomics

D^r Harry Telser, Barbara Fischer, D^r Karolin Leukert, D^r Stephan Vaterlaus

Impressum

Editeur:

Interpharma, association des sociétés pharmaceutiques
suisse pratiquant la recherche, Bâle

© Interpharma/Polynomics, septembre 2011

Contact:

Interpharma
Petersgraben 35, case postale
CH-4003 Bâle
E-mail: info@interpharma.ch
www.interpharma.ch

Maquette:

Continue AG, Bâle

Impression:

Effingerhof, Brugg

Sommaire

| | | |
|----------|--|-----------|
| | En bref | 2 |
| 1 | Contexte | 6 |
| 2 | Les dépenses de santé – seulement une fraction des frais de maladie | 10 |
| 2.1 | Les coûts sont plus que des dépenses – le concept économique des coûts | 10 |
| 2.2 | Dépenses de santé et frais de maladie – une délimitation des définitions | 12 |
| 2.3 | Comment mesurer les frais de maladie? | 15 |
| 2.4 | Quel est le niveau des frais de maladie en Suisse? | 22 |
| 3 | Les dépenses de santé peuvent réduire les frais de maladie | 26 |
| 3.1 | Les dépenses de santé influent sur les frais de maladie – vue d’ensemble | 26 |
| 3.2 | Les dépenses de santé se justifient-elles? | 32 |
| 4 | Les acteurs tendent à des considérations partielles – conclusions pour la politique de santé suisse | 36 |
| 5 | Fiches signalétiques relatives aux études sur les frais de maladie appliquées à différents tableaux cliniques | 40 |
| 5.1 | Sclérose en plaques | 41 |
| 5.2 | Septicémie | 44 |
| 5.3 | Polyarthrite rhumatoïde | 46 |
| 5.4 | Démence | 48 |
| 5.5 | Cancer | 50 |
| 5.6 | Douleurs lombaires | 52 |
| 5.7 | Ensemble des maladies du cerveau | 55 |
| 6 | Références | 60 |

En bref

On s'est déjà presque habitué au rituel annuel: chaque automne, lorsque les nouvelles primes d'assurance-maladie sont annoncées pour l'année suivante, on constate que, comme les années précédentes, elles ont à nouveau nettement augmenté. Il s'ensuit un tollé dans la presse suisse, et les responsables politiques rivalisent de revendications pour que l'on ralentisse – voire que l'on stoppe – la progression des dépenses de santé. Ce faisant, on occulte régulièrement deux aspects: d'une part, la maladie entraîne aussi des coûts extérieurs au système de santé; les dépenses de santé ne reflètent donc qu'une partie des coûts globaux que l'économie suisse doit supporter du fait de la maladie; d'autre part, les dépenses de santé ne sont en définitive que les moyens destinés à rétablir aussi vite et aussi bien que possible la santé des personnes malades. C'est pourquoi des dépenses de santé plus élevées peuvent par exemple réduire par de meilleures méthodes de traitement les frais de maladie extérieurs au système de santé. Seule une prise en compte globale de toutes les composantes montre si les dépenses de santé sont justifiées ou non.

Au total, les frais de maladie sont constitués de trois composantes: des coûts directs, des coûts indirects et des coûts intangibles. En ce qui concerne les coûts directs, il s'agit de dépenses financières qui doivent être engagées lors de la lutte contre la maladie. Celles-ci peuvent se situer aussi bien à l'intérieur du système de santé (par exemple rémunération de médecins ou dépenses pour des médicaments) qu'à l'extérieur (par exemple dépenses consacrées à l'aménagement d'une habitation adaptée aux besoins d'un handicapé ou frais de déplacement pour se rendre chez le médecin), raison pour laquelle on parle de coûts médicaux directs et de coûts non médicaux directs.

Outre des dépenses financières, la maladie entraîne également une perte de temps productif. Il en résulte des absences sur le lieu de travail, et par là même des coûts indirects par perte de productivité tant pour l'employeur que pour le salarié. Les coûts indirects sont également à prendre en compte lorsque des membres de la famille et des amis consacrent du temps à soigner eux-mêmes des patients (soins dits informels).

Enfin, la maladie entraîne aussi des coûts sous la forme de douleurs et de souffrance ou de qualité de vie amoindrie de manière générale, coûts qui sont supportés par le malade et ses proches. Même si ces coûts intangibles sont prati-

quement impossibles à chiffrer, ils n'en constituent pas moins une perte d'utilité réelle pour les personnes concernées et ne doivent donc pas être négligés.

Dans cette systématisation des frais de maladie, les dépenses de santé correspondent aux coûts médicaux directs, autrement dit à toutes les charges financières incombant au système de santé. Comme il s'agit en l'occurrence de dépenses qui s'expriment directement en unités monétaires, elles sont relativement faciles à recenser et sont aussi documentées chaque année dans les statistiques officielles. Les composantes restantes des frais de maladie n'apparaissent cependant pas dans les statistiques officielles, car il s'agit de coûts qui ne se traduisent pas directement en monnaie, mais qui doivent être calculés de manière indirecte via une évaluation du temps perdu ou de la diminution de la qualité de vie. Dans les études dites de coûts par pathologie (*cost-of-illness studies*), on pratique ce type d'évaluation pour des maladies spécifiques, ce qui permet de tirer des conclusions sur les ordres de grandeur des différentes composantes des coûts. Les études actuelles disponibles pour la Suisse montrent que – pour différentes maladies – les dépenses de santé ne représentent toujours qu'une petite fraction du total des frais de maladie. La proportion était en moyenne d'environ un tiers, alors que les deux tiers restants des frais de maladie étaient imputables aux coûts indirects, tels que la perte de productivité sur le lieu de travail et les soins informels.

Cette analyse statique montre déjà qu'une prise en compte exclusive des dépenses de santé peut aboutir à des conclusions erronées, car seule une petite partie des frais de maladie globaux est prise en considération. Cette conclusion est encore renforcée lorsque l'on considère que les dépenses de santé ne sont pas simplement une conséquence financière de la maladie, mais qu'elles sont plus encore engagées pour combattre la maladie et aider les patients à jouir d'un meilleur état de santé. Les dépenses de santé réduisent par conséquent les autres frais de maladie, car un meilleur état de santé ou une guérison plus rapide entraînent moins de pertes de productivité, moins de soins informels en même temps qu'une réduction des douleurs et de la souffrance.

Cette influence exercée sur les frais de maladie par les dépenses de santé revêt avant tout de l'importance dans le contexte du progrès médico-technologique. Les innovations enregistrées dans le système de santé aboutissent à des instruments, des médicaments et des procédés nouveaux, qui sont généralement plus coûteux que ceux qui existent, mais qui permettent en contrepartie de traiter les

maladies plus efficacement et plus rapidement. Les exemples sont multiples. Ainsi les procédés de chirurgie mini-invasive, tels que la coelioscopie, ont permis aujourd'hui aux patients souffrant de hernie inguinale de retourner travailler environ deux fois plus vite après l'opération et de souffrir nettement moins.

Du fait de ces interactions entre frais de maladie directs et indirects, voire intangibles, l'augmentation des dépenses de santé – en raison, par exemple, des progrès médico-technologiques – ne constitue pas de prime abord un problème. La question qui se pose est plutôt celle de savoir quand des dépenses de santé importantes se justifient, ou comment se présente l'effet global entre dépenses de santé importantes et les autres composantes de coûts qui s'en trouvent réduites. L'évidence empirique permet aujourd'hui de conclure que les dépenses de santé importantes de ces trente dernières années ont été plus que compensées par le bénéfice du progrès médico-technologique qui y sont liées, autrement dit que les frais de maladie ont donc globalement plutôt diminué. Il existe ainsi quelques études qui attestent que des dépenses de santé importantes dans les pays industrialisés ont contribué de manière significative à l'augmentation de l'espérance de vie. Par ailleurs, diverses études scientifiques menées aux Etats-Unis ont montré que chaque dollar investi dans le système de santé au cours des années 1980 à 2000 a généré un bénéfice de 1.50 à 2 dollars, et ce sous la forme d'une espérance de vie accrue et d'une meilleure santé. Même si l'on ne peut transposer directement ces études à la Suisse et si celles-ci ne permettent en rien de savoir si des améliorations en termes d'efficacité n'auraient pas permis d'obtenir un bénéfice encore supérieur, elles donnent clairement à penser que le progrès technologique et les dépenses de santé importantes qui y ont été liées ont été également justifiées en Suisse, compte tenu du fait que les Etats-Unis sont le pays dont le système de santé est le plus coûteux au monde.

Tant l'analyse statique que l'analyse dynamique montrent que se focaliser uniquement sur le volume des dépenses de santé n'est pas judicieux et peut donc aboutir à prendre des décisions erronées. Une réduction à court terme des dépenses de santé peut, le cas échéant, déboucher sur des coûts globaux supérieurs à long terme et réduire la prospérité sociale. Tel que le système de santé suisse est aujourd'hui structuré, aucun des acteurs n'a une vue globale sur les frais de maladie. Les fournisseurs de prestations et les novateurs s'intéressent essentiellement à l'amélioration de l'état de santé, et par là même à la réduction des coûts indirects et des coûts intangibles, alors que les assureurs-maladie mettent avant tout les dépenses de santé en exergue. Mais compte tenu du fait

que la population suisse doit supporter la totalité des frais de maladie, les décisions de politique de santé devraient prendre en compte toutes les composantes des coûts de la maladie ainsi que les rapports souvent à long terme entre dépenses de santé et frais de maladie. Des dépenses de santé importantes sont justifiées dès lors qu'il en résulte une amélioration durable de l'état de santé, laquelle réduit l'ensemble des frais de maladie. En revanche, une réduction des dépenses de santé ne se justifie que si elle donne lieu à des améliorations dans l'efficacité du système et si aucune prestation ayant une forte utilité n'est supprimée.

1 Contexte

Le volume et l'évolution des dépenses de santé sont omniprésents dans le débat public en Suisse. Avec plus de 11 pour cent de part au produit intérieur brut, la Suisse figure régulièrement dans le peloton de tête en comparaison internationale, ce qui est critiqué de divers côtés. S'agissant en particulier de la publication annuelle du montant des primes d'assurance-maladie pour l'année suivante, on entend systématiquement des voix s'élever pour réclamer une réduction des dépenses de santé. La plupart des projets politiques de réforme visent à abaisser les dépenses de santé ou à transférer leur financement.

Dans ce contexte, ce que l'on néglige toutefois, c'est que les dépenses de santé ne représentent qu'une fraction du tableau d'ensemble, et qu'ainsi seuls les coûts sont pris en considération. Ce faisant, l'impact des dépenses de santé sur la santé et le bien-être de la population est souvent occulté. Les dépenses de santé résultent de l'engagement de ressources dans le système de santé aux fins de combattre les maladies. L'amélioration de l'état de santé qui s'ensuit réduit les coûts suscités par la maladie en dehors du système de santé.

Il convient par conséquent de faire la distinction entre la notion de dépenses de santé et celle de frais de maladie. En l'occurrence, les dépenses de santé ne constituent qu'une fraction des frais de maladie. Alors qu'elles portent uniquement sur les coûts médicaux directs, qui sont liés au traitement des maladies, les frais de maladie incluent l'ensemble des coûts que doit supporter une société du fait de la maladie. Outre les coûts médicaux directs, cela implique en particulier des coûts directs extérieurs au système de santé (par exemple la garde des enfants liée à la maladie des parents ou des travaux de transformation devenus indispensables en raison d'un état de santé précaire), des coûts indirects dus à des pertes de productivité sur le lieu de travail liés à la maladie et des coûts générés par les soins informels dispensés par des proches ou des amis ainsi que des coûts intangibles provoqués par les douleurs et la souffrance liées à la maladie.

Pour les prises de décision en matière de politique de santé, il est important d'avoir ce tableau global à l'esprit et, au moment d'envisager des mesures, de prendre en considération non seulement l'aspect des coûts (intranst/input), mais toujours aussi les effets positifs (résultats/outcome). Cela implique que l'on cesse de se focaliser sur les dépenses de santé pour se centrer sur l'ensemble des frais de maladie. Il importe de considérer que les dépenses de santé ne sont

que des moyens pour atteindre le but, à savoir rétablir aussi vite et aussi bien que possible la santé de personnes malades. En d'autres termes, cela ne signifie là encore rien d'autre que réduire les coûts indirects et les des coûts intangibles de la maladie. Dans une prise en compte globale des coûts, une réduction des coûts correspond donc toujours à une amélioration de la prospérité de l'ensemble de la société. Si l'on se contente d'abaisser les dépenses de santé, les économies réalisées peuvent dans certains cas avoir des conséquences négatives sur les coûts indirects et les coûts intangibles, à partir du moment où la lutte contre les maladies peut s'en trouver affaiblie.

Cet argument prend encore plus de force dès lors que l'on prend en compte des contextes dynamiques liés au progrès médico-technologique. Pour développer des innovations médicales, il faut commencer par investir beaucoup de temps et d'argent, et le bénéfice qui en résulte n'apparaît souvent que plus tard. Une considération statique des dépenses de santé prend donc avant tout en compte des effets à court terme pour une économie. La prospérité à plus long terme ne se détermine que si l'on considère aussi l'influence des dépenses de santé sur l'ensemble des frais de maladie.

La présente étude a pour objet d'apporter entre autres des réponses aux questions suivantes:

- Qu'est-ce que les frais de maladie et quelles sont leurs composantes?
- Comment classer les dépenses de santé sous la notion générique de frais de maladie?
- Dans quel ordre de grandeur les dépenses de santé se situent-elles par comparaison avec les autres frais de maladie en Suisse?
- Comment les dépenses de santé influent-elles sur les autres frais de maladie et quel rôle joue en l'occurrence le progrès médico-technologique?
- Les dépenses de santé se sont-elles globalement justifiées dans le passé?
- Quelles conclusions peut-on en tirer pour la régulation du système de santé?

L'étude s'articule de la manière suivante. Au chapitre 2, le concept de coûts économiques est d'abord expliqué, et il est procédé à une délimitation des définitions avant que soit présentée la méthode de mesure des frais de maladie. Le chapitre se conclut par une synthèse de l'évidence empirique pour des tableaux cliniques sélectionnés en Suisse. Le chapitre 3 se compose des effets dynamiques. Ce faisant, l'interdépendance entre dépenses de santé et frais de mala-

die est mise en évidence, et la question est posée de savoir si les dépenses de santé se justifient comme moyen pour réduire les frais de maladie. Le chapitre 4 résume en conclusion les résultats des lignes d'argumentation et les classe dans le contexte suisse de la politique de santé. Des descriptions détaillées relatives aux études concernant la Suisse pour déterminer les coûts d'une pathologie (cost-of-illness studies) figurent en annexe sous la forme de fiches signalétiques pour différents tableaux cliniques sélectionnés (voir chapitre 5).

2 Les dépenses de santé – seulement une fraction des frais de maladie

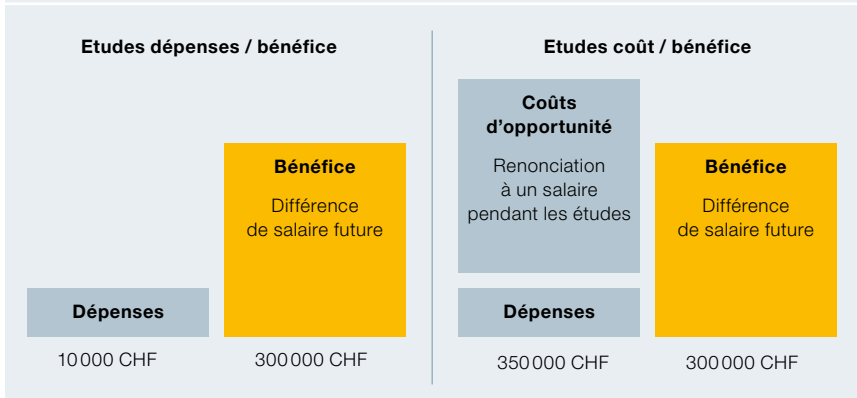
2.1 Les coûts sont plus que des dépenses – le concept économique des coûts

Dans l'opinion courante, on assimile les coûts à des dépenses, autrement dit, par coûts, on entend des montants qu'il faut dépenser pour quelque chose. Ainsi l'on parle souvent de coûts de santé, alors que l'on entend en fait les dépenses de santé, à savoir toutes les dépenses monétaires engagées dans le cadre du système de santé. En l'occurrence, il s'agit de l'ensemble des flux monétaires qui sont générés dans un pays pour des prestations et des biens dans un but de prévention, de traitement, de réadaptation et de soins de maladies et d'accidents (voir OFS, 2011a).

Considéré sous l'angle économique, en ce qui concerne les dépenses, il s'agit toutefois uniquement d'une partie des coûts. Ainsi, en économie politique, les coûts sont considérés de manière générale comme un manque à gagner. On parle en l'occurrence de coûts d'opportunité, qui résultent des possibilités inutilisées auxquelles il faut renoncer. De tels coûts d'opportunité existent toujours lorsque les ressources sont limitées, même lorsque l'on ne procède à aucune dépense monétaire. Ainsi Robinson Crusoe n'effectue-t-il aucun paiement en argent et, pourtant, il sait que les coûts de sa cueillette de fraises peuvent être interprétés comme la quantité de framboises sacrifiée – ou le bénéfice qu'il en aurait tiré – qu'il aurait pu autrement cueillir avec la même dépense de temps et d'effort (voir Samuelson, 1976).

La différence entre dépenses et coûts économiques apparaît simplement à l'exemple des études universitaires. L'étudiant d'une université ou d'une haute école spécialisée doit faire face à des dépenses grâce auxquelles il finance ses études. Citons par exemple les paiements à effectuer pour les droits d'inscription, les livres et les frais de déplacement. Mais, à côté de ces dépenses monétaires, cet étudiant investit en plus du temps dans ses études en participant à des cours, en apprenant, en rédigeant des travaux et en passant des examens. Or, il pourrait aussi consacrer ce temps à des activités alternatives, par exemple chercher un travail et gagner de l'argent. Cet argent qu'il n'a pas gagné représente des coûts d'opportunité, qui sont générés par les études. L'ensemble des coûts des études inclue donc – outre les dépenses monétaires – également les coûts d'opportunité du temps investi sous la forme du gain présumable perdu qui aurait pu être réalisé avec ce temps.

Figure 1 | Comparaison coût/bénéfice d'un cursus d'études



Lors d'une comparaison coût-bénéfice, il faut toujours prendre en compte les coûts d'opportunité, car les dépenses ne représentent qu'une fraction des coûts. A l'aide d'un exemple fictif de chiffres d'un cursus d'études supérieures, il apparaît qu'en s'intéressant uniquement à l'aspect financier le fait de négliger les coûts d'opportunité peut amener à prendre une mauvaise décision. Les dépenses et la renonciation à un salaire durant les études ne peuvent pas être compensées par le salaire supérieur qui surviendra à l'issue des études.

Source: Polynomics.

Cet exemple montre combien il est important de prendre en considération les coûts d'opportunité dans les décisions qui sont prises. Si quelqu'un est à la veille de décider de poursuivre des études universitaires, il analyse en général attentivement les coûts et les avantages de cette décision. S'il ne considère que les dépenses monétaires, il néglige une composante importante des coûts, ce qui l'amènera éventuellement à prendre une mauvaise décision. La figure 1 illustre ce cas à l'aide d'un exemple de chiffres fictif. Si quelqu'un ne s'intéresse par exemple qu'à la notion de revenu,¹ il peut se faire que – s'il procède à une vue d'ensemble – le fait d'étudier fasse mauvaise figure, parce que le salaire vraisemblablement supérieur que l'on peut atteindre en étant diplômé d'une haute école est surcompensé par le revenu qui n'aura pas été généré pendant les études. Dans ce cas, le bénéfice tiré des études supérieures serait inférieur à la perte de bénéfice ou aux coûts qui en seraient résultés, étant donné que l'argent et le temps investis pourraient être engagés ailleurs – avec, au total, un revenu supérieur.

¹ Il va de soi que d'autres composantes – non monétaires – jouent aussi un rôle dans une telle décision. Celles-ci peuvent toutefois être considérées tout aussi bien comme bénéfice que comme coûts.

2.2 Dépenses de santé et frais de maladie – une délimitation des définitions

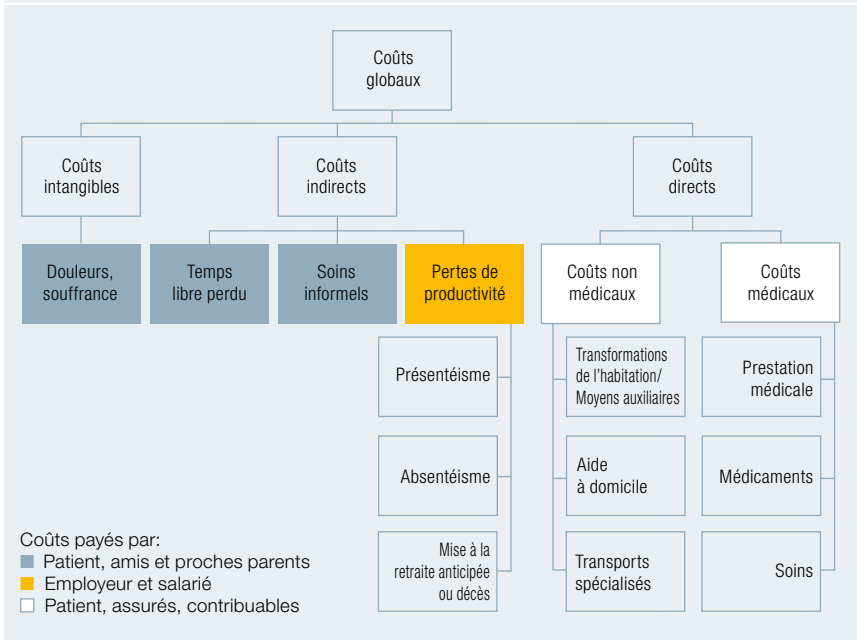
Dans le cas d'une maladie, il s'agit d'une perte de bénéfice qui advient parce qu'une aggravation de l'état de santé normal est survenue. Cette perte de bénéfice se traduit par différents coûts, qui ne consistent pas tous en paiements monétaires ou en dépenses. En font partie les ressources qui doivent être engagées pour combattre la maladie ou les coûts d'opportunité qui adviennent parce que la personne malade est handicapée dans sa prestation de travail. De même, les douleurs et la souffrance causées par une maladie sont à inclure dans la notion économique de coût.

Pour calculer les frais de maladie, on distingue donc, lors d'évaluations d'économie de santé, trois catégories fondamentales de coûts: les coûts directs, les coûts indirects et les coûts intangibles (voir par exemple Schöffski et al., 2008).

Les coûts directs correspondent à des dépenses monétaires qui deviennent indispensables du fait de la maladie. Ils sont directement quantifiables en unités monétaires et adviennent aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé. Les coûts directs se divisent par conséquent en coûts médicaux et coûts non médicaux. Les coûts médicaux directs résultent immédiatement des ressources engagées pour le traitement d'une maladie, par exemple des médicaments, des séjours à l'hôpital et des prestations ambulatoires, qu'il s'agisse de prestations médicales ou de prestations de soins. Les coûts directs non médicaux englobent en revanche les dépenses qui résultent certes des conséquences de la maladie ou du traitement, mais qui n'adviennent pas dans le cadre du système de santé. En font partie, par exemple, les dépenses engagées pour des transformations de l'habitation nécessitées par la maladie, des frais de transport ou des aides à domicile.

Contrairement aux coûts directs, les coûts indirects désignent des coûts d'opportunité, qui ont certes des répercussions sur l'utilisation des ressources, mais qui n'impliquent pas de paiements ou de dépenses directs. Ce faisant, il s'agit essentiellement de pertes de productivité, dues à la maladie ou à une mort prématurée; autrement dit, des ressources (sous forme de temps) sont perdues, qui auraient pu être mobilisées autrement. Sur le lieu de travail, on observe en l'occurrence aussi bien des pertes de productivité par absences dues à la maladie (absentéisme) que par baisse du rendement (présentéisme). Globalement, les coûts indirects désignent la valeur du temps de travail et du temps libre qui a été

Figure 2 | Catégories de coûts des frais de maladie



Les frais de maladie peuvent être divisés en coûts directs, coûts indirects et coûts intangibles. La classification de certains postes de dépenses dans la catégorie correspondante varie dans la littérature. Ainsi les soins informels sont-ils parfois aussi classés dans les coûts directs. Les coûts intangibles et le temps libre perdu sont rarement pris en compte dans les études sur les frais de maladie. De même, les soins informels et les pertes de productivité sont en partie négligés. En outre, s’agissant des pertes de productivité, on ne prend la plupart du temps en considération que l’absentéisme, autrement dit les absences sur le lieu de travail dues à la maladie, ainsi que la mise à la retraite anticipée. D’autres coûts découlent du présentéisme – baisse du rendement lors de présence sur le lieu de travail – et des pertes de productivité dues à une mort prématurée.

Source: Polynomics.

perdu. Il peut s'agir aussi bien du temps des patients que du temps des proches et des amis qui soignent par exemple gratuitement un patient (soins informels²).

En ce qui concerne les coûts intangibles, il s'agit de pertes de bénéfice découlant d'une maladie, mais qui n'ont pas de répercussions directes sur l'utilisation des ressources. En font partie les handicaps physiques et psychiques, tels que douleurs et souffrance ou, de manière générale, la perte de qualité de vie qui en résulte. Comme le nom le laisse déjà entendre, les coûts intangibles sont difficiles à appréhender d'un point de vue monétaire, car aucun impact mesurable sur les ressources n'y est lié. La figure 2 offre un aperçu graphique de la systématisation des frais de maladie.

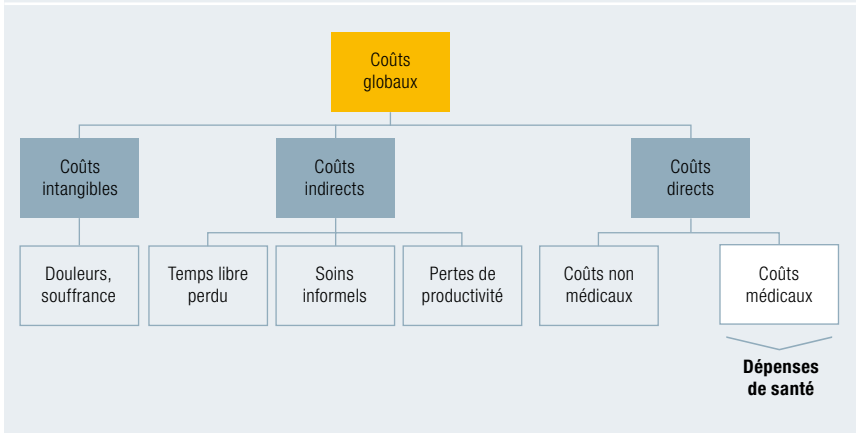
Cette classification grossière en coûts directs, coûts indirects et coûts intangibles montre déjà que tous les frais de maladie ne sont pas supportés par les mêmes personnes. La configuration concrète du système de santé national a en l'occurrence une grande influence sur le type de groupes qui doivent supporter les coûts générés par la maladie. En Suisse, les charges financières pour combattre la maladie – les coûts médicaux directs – sont payées avant tout par les assurés (via les primes), les contribuables (contributions cantonales aux dépenses hospitalières et au subventionnement des primes) et les patients (via les quotes-parts, les franchises et la prise en charge personnelle des frais). En revanche, les coûts directs non médicaux sont avant tout financés par les patients et leurs proches. S'agissant des coûts indirects, ce sont en premier lieu les employeurs et les salariés eux-mêmes qui supportent les pertes de productivité dues à la baisse de rendement³, tandis que les coûts intangibles liés à la maladie via douleurs et souffrance concernent à nouveau essentiellement les malades et leurs proches.

Dès lors, comment les dépenses de santé s'intègrent-elles dans cette systématisation des frais de maladie? Comme il a déjà été indiqué au chapitre 2.1, les dépenses de santé représentent l'argent qui est consacré dans un pays aux prestations et aux biens dans un but de prévention, de traitement, de réadaptation et de soins de maladies et d'accidents. Ainsi les dépenses de santé corres-

² La classification des différentes catégories de coûts ne revêt pas toujours un caractère uniforme dans la littérature. Dans quelques études, les soins informels sont en particulier imputés aux coûts directs (non médicaux) (voir par exemple Kobelt et al., 2006a).

³ Contrairement à la maladie, dans le cas d'un accident, une partie des coûts indirects est assumée par les payeurs de primes de l'assurance-accidents, étant donné que la perte de productivité due à l'incapacité de travail est incluse dans les prestations de l'assurance obligatoire d'indemnités journalières en cas d'accident. Dans le domaine de l'assurance-maladie, une telle assurance d'indemnités journalières est en revanche facultative.

Figure 3 | Part des dépenses de santé aux frais de maladie



Les frais de maladie se composent des coûts intangibles, indirects et directs. Les dépenses de santé ne représentent toutefois qu'une fraction des coûts globaux; ils correspondent aux coûts médicaux directs.

Source: Polynomics.

pondent-elles directement à la fraction des coûts médicaux directs (dépenses monétaires à l'intérieur du système de santé, voir figure 3). Or, conformément à la systématique présentée ici, les dépenses de santé ne constituent qu'un secteur partiel des frais de maladie directs et globaux. D'un point de vue social, l'ensemble des frais de maladie sont toutefois déterminants, où qu'ils adviennent, chez qui et sous quelle forme. Seule une vue d'ensemble permet d'établir quels coûts doit supporter une économie pour une maladie spécifique.

2.3 Comment mesurer les frais de maladie?

Les dépenses de santé sont relativement faciles à calculer, car il s'agit de coûts directs, qui adviennent par conséquent sous forme de prestations en argent. Ainsi les dépenses de santé sont-elles recensées chaque année à l'échelle nationale et publiées par les offices statistiques. En revanche, les coûts globaux imputables à une maladie sont difficiles à déterminer, car des coûts indirects et des coûts intangibles ne se traduisent pas directement sous forme monétaire, mais doivent être établis en procédant à des détours. Différentes méthodes et différents concepts ont été développés à cet effet en économie.

La mesure des coûts indirects

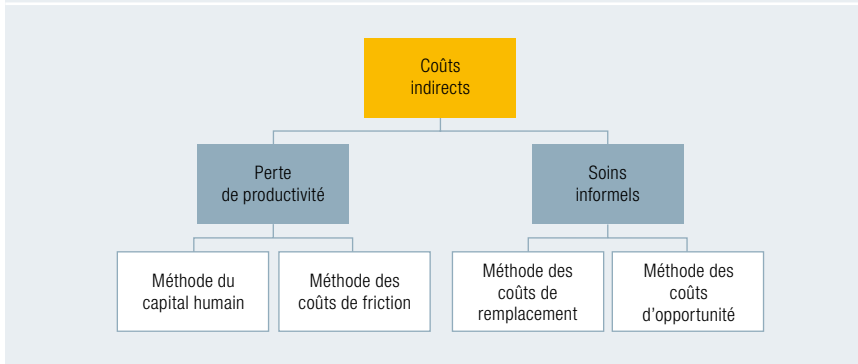
Pour calculer les coûts indirects, les principales difficultés consistent à déterminer le nombre de ressources (essentiellement sous forme de temps) de l'économie qui sont perdues du fait de la maladie et comment il convient de les évaluer. Etant donné que, pour les coûts indirects, il s'agit en partie de pertes de productivité qui se manifestent sur le marché du travail, les concepts de mesure utilisés dans la pratique reposent sur différentes hypothèses ayant trait au fonctionnement du marché du travail. En temps normal, pour déterminer les coûts indirects, on fait la distinction entre les pertes de productivité sur le lieu de travail et les coûts d'opportunité des soins informels dispensés par les proches (voir figure 4).

Pour mesurer les pertes de productivité sur le marché du travail, la plupart des études sur les frais de maladie recourent à la méthode du capital humain (MCH) (voir par exemple à cet égard Breyer et al., 2005, ou Zhang et Anis, 2010). Dans cette approche, toute heure non travaillée pour cause de maladie est considérée comme perte de productivité.⁴ Chez des personnes inactives – retraités ou personnes en incapacité de travail, par exemple –, ce concept fait que la maladie n'induit par conséquent pas de coûts indirects pour l'économie. Pour maintenir les coûts indirects en valeurs monétaires, on multiplie le nombre d'heures de travail perdues par un salaire horaire. Selon la théorie économique, cela présuppose que le salaire versé reflète la productivité des salariés. Le salaire horaire correspond dès lors aux coûts d'opportunité d'une heure de travail perdue.

Avantage de cette méthode: elle est relativement facile à mettre en œuvre et peut être en principe également appliquée aux travaux ménagers, au bénévolat ou aux loisirs. Une critique de la méthode du capital humain est que le salaire versé dans la réalité ne correspond souvent pas à la productivité effective des salariés. Ce faisant, on observe typiquement une sous-évaluation des coûts effectifs lorsque le salaire est inférieur à la productivité, par exemple en raison de l'aversion des salariés face au risque (voir Zhang et Anis, 2010). Un autre objet de critique porte sur le fait que la méthode du capital humain part du principe d'un plein emploi sur le marché du travail. Si tel n'est pas le cas et si l'on est en présence d'un certain chômage, avec la méthode du capital humain et du point de

⁴ La plupart des études sur les frais de maladie sont basées sur la prévalence, à savoir que l'on calcule les frais de maladie pour toutes les personnes malades durant l'année en cours. A l'opposé de cette option, il existe aussi la variante d'études sur les frais de maladie basées sur l'incidence. Dans cette variante, on calcule les coûts de tous les nouveaux cas de maladie enregistrés une année donnée pour la vie entière (voir Larg et Moss, 2011). Dans ce type d'études basées sur l'incidence, toutes les pertes de productivité advenant ultérieurement sont ramenées avec un taux d'intérêt (taux d'escompte) à une valeur actualisée (net present value) (voir par exemple Johannesson, 1996; Drummond et al., 1997).

Figure 4 | Méthodes de mesure des coûts indirects



On dispose de différentes méthodes pour mesurer les coûts indirects. S'agissant des pertes de productivité, on peut distinguer entre la méthode du capital humain (MCH) et la méthode des coûts de friction (MCF). La MCH tient compte de toutes les pertes de productivité jusqu'à la retraite, alors que la MCF limite les pertes de productivité à une période dite «de friction». Cela part de l'hypothèse qu'au bout d'un certain temps le salarié malade est remplacé par quelqu'un qui était jusque-là au chômage. Il existe également deux méthodes différentes pour l'évaluation monétaire des soins informels: la méthode des coûts de remplacement (MCR) et la méthode des coûts d'opportunité (MCO). Dans la MCR, le temps consacré à dispenser des soins est évalué selon le salaire du marché dans le domaine des soins, tandis que la MCO considère les coûts d'opportunité effectifs du soignant.

Source: Polynomics.

vue des employeurs, ce ne sont pas les coûts advenant effectivement, mais les coûts potentiels qui sont calculés. Avec cet argument, on arriverait à une surévaluation des coûts effectifs parce que, par exemple, des employeurs remplacentont tôt ou tard un malade chronique en incapacité de travail (voir van den Hout, 2010).

Pour contrecarrer avant tout la deuxième critique, la méthode du capital humain a été développée en méthode des coûts de friction (MCF) (voir Koopmanschap et van Ineveld, 1992). Dans la méthode des coûts de friction, la perte de gain n'est pas calculée jusqu'à la retraite, mais est limitée à une «période de friction». Seules sont calculées les pertes de production jusqu'à ce que la personne malade soit remplacée par un nouveau salarié (jusque-là au chômage). La période de friction dépend de la disponibilité de demandeurs d'emploi, autrement dit du niveau de chômage. Outre la perte de productivité, la recherche et la formation

du nouveau collaborateur entraînent des coûts de transaction. Même en cas d'incapacité de travail à court terme sans remplacement par un nouveau collaborateur, la perte de production est moindre avec la MCF qu'avec la MCH. On considère qu'une partie du travail est provisoirement assurée par des collègues ou qu'elle pourra être effectuée une fois le salarié de retour à son poste.

La principale critique formulée à l'encontre de la méthode des coûts de friction est qu'elle sous-estime les coûts indirects effectifs, car elle est limitée à l'activité lucrative et ne prend pas en compte les coûts d'opportunité du bénévolat et du temps libre perdu. Comme avec la MCH, il n'advient donc pas de coûts indirects découlant de pertes de productivité pour les retraités ou les personnes inactives. Dans la littérature relative aux études sur les frais de maladie, la méthode des coûts de friction ne s'est pas imposée jusqu'à présent; dans la majeure partie des cas, on utilise toujours la méthode du capital humain pour mesurer les coûts indirects.

Parallèlement à la méthode de calcul des pertes de productivité, il existe aussi différentes méthodes comme base de calcul d'une unité de perte de productivité. On peut en l'occurrence prendre en compte le salaire individuel ou le revenu national moyen. Pour ce dernier, on peut en outre établir une différenciation en fonction du sexe et de l'âge. Au lieu du salaire national brut, on peut également recourir à la valeur ajoutée en termes de productivité (*added value of productivity*). La valeur est fondée sur la production globale nationale et établit des distinctions en fonction de l'âge et du sexe. Etant donné que le recul de la productivité du travail n'est pas proportionnel à la réduction du temps de travail annuel, on introduit un facteur d'élasticité pour faire office de correcteur (voir Verstappen et al., 2005).

Contrairement aux pertes de productivité sur le lieu de travail, les coûts indirects incombant aux soins informels sont souvent négligés dans la littérature en raison de la difficulté qu'il y a à les recenser. S'agissant des méthodes d'évaluation, on peut distinguer entre la méthode des coûts d'opportunité et la méthode des coûts de remplacement. S'agissant de la méthode des coûts d'opportunité (MCO), on considère que les individus travaillent aussi longtemps que l'utilité marginale du travail correspond aux coûts marginaux du temps libre, à savoir que les coûts d'opportunité du temps libre correspondent à leur propre taux de salaire net. En revanche, dans la méthode des coûts de remplacement (MCR), le temps consacré à dispenser des soins est compensé sur la base du salaire du marché en vigueur pour les soins et la tenue du foyer. Cela correspond aux

coûts qui seraient générés en cas de soins dispensés par des professionnels, indépendamment des coûts d'opportunité effectifs du soignant informel. La méthode des coûts d'opportunité définit en l'occurrence plutôt une limite inférieure et la méthode des coûts de remplacement une limite supérieure des coûts effectifs, car on peut considérer que les soins informels ne sont dispensés que lorsque les coûts d'opportunité du temps libre du soignant sont plus faibles que les coûts générés par des soins professionnels (voir Krauth, 2010).

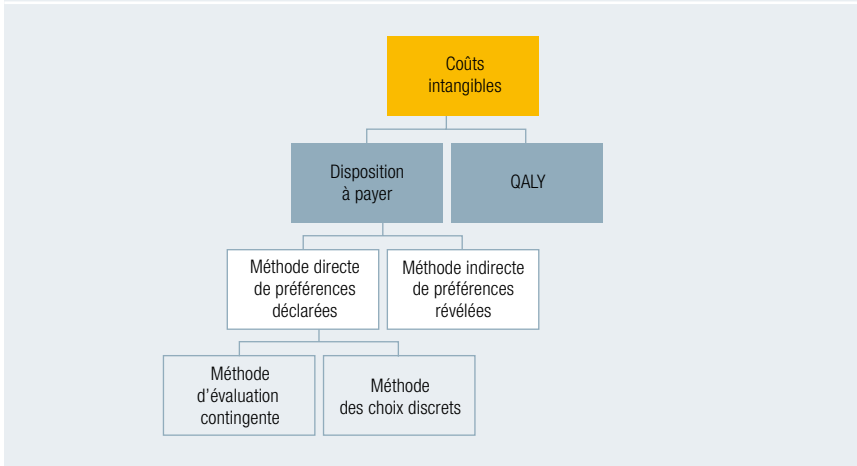
La mesure des coûts intangibles

Comme leur nom l'indique déjà, il est beaucoup plus difficile de mesurer les coûts intangibles d'une maladie, car aucun impact mesurable sur les ressources n'y est lié. Dans ce type de coûts, il s'agit au contraire d'une pure perte de bénéfice. Si l'on veut néanmoins avancer un ordre de grandeur de ces coûts, il faut les évaluer en unités monétaires. En économie, pour évaluer le bénéfice, on utilise généralement le concept de disposition à payer. L'hypothèse à la base de ce concept est que le bénéfice résultant d'un bien⁵ a la valeur que les personnes qui le consomment ou l'utilisent lui attribuent. Le montant qu'une personne est disposée à payer pour un bien donné varie en l'occurrence d'un individu à l'autre. Dans le cas de biens commercialisables qui sont vendus, c'est la comparaison entre la disposition à payer et le prix qui détermine si le bien est acheté ou non. Une personne achètera un bien dès lors que sa disposition à payer est supérieure au prix réclamé, autrement dit que le bénéfice tiré du bien surpasse les coûts qui y sont liés. Lorsque le prix correspond exactement à la disposition à payer, la personne va être dans l'indécision quant à savoir si elle achète le bien ou si elle conserve son argent. Dans ce cas, le bénéfice tiré du bien est strictement identique aux coûts qui y sont liés. Si le prix est supérieur à la disposition à payer, la personne ne va pas acheter le bien, car les coûts l'emportent sur le bénéfice qu'elle tirerait du bien.

Le bénéfice résultant de biens non commercialisables peut également être étudié via le concept de la disposition à payer. En relation avec les coûts intangibles de la maladie, on peut déterminer la perte de bénéfice en déterminant la disposition à payer pour éviter douleurs et souffrance ou pour bénéficier d'une qualité de vie pleine et entière. Cela ne correspond à rien d'autre qu'à une évaluation monétaire de la perte de bénéfice qui y est liée.

⁵ Le concept de bien doit être compris au sens général dans ce contexte. Outre les biens de consommation, cela peut aussi inclure des prestations ou des biens non commercialisés, tels qu'un beau paysage ou, précisément, la santé ou l'absence de douleurs.

Figure 5 | Méthodes de mesure des coûts intangibles



Les coûts intangibles correspondent à une perte de bénéfice dont on peut faire l'évaluation monétaire au moyen de l'approche de la disposition à payer. Pour cela, on peut utiliser soit une méthode directe, soit une méthode indirecte. Dans le cas de la méthode indirecte (méthode de préférences révélées), on s'efforce de déduire indirectement la disposition à payer d'une personne à partir de son comportement, alors que la méthode directe (méthode de préférences déclarées) mesure la disposition à payer au moyen d'enquêtes directes ou de la méthode des choix discrets («Discrete Choice Experiment») dans le cadre d'une enquête. Les deux méthodes réclament toutefois d'engager des moyens relativement importants. Les coûts intangibles peuvent aussi être déterminés de manière approximative via l'approche QALY (Quality Adjusted Life Years). En l'occurrence, on détermine la perte de bénéfice due à la maladie, et celle-ci est monétarisée à partir d'un coût forfaitaire par QALY.

Source: Polynomics.

Fondamentalement, les dispositions à payer peuvent être déterminées par des méthodes directes ou indirectes (voir figure 5). Avec les méthodes indirectes, méthodes dites «de préférences révélées», on analyse des préférences divulguées. On observe en l'occurrence des modes de comportement dans la réalité et l'on en tire des conclusions sur la disposition à payer pour un produit. Ainsi peut-on par exemple déduire de l'achat d'un médicament antidouleur la valeur accordée à l'absence de douleur. Pour des personnes qui n'achètent pas d'antalgiques, on peut partir du point de vue que le bénéfice est inférieur au prix du marché. Pour les acheteurs, en revanche, le prix du marché constitue la limite

inférieure de la valeur qu'ils attribuent à l'absence de douleurs. Si le niveau des prix acceptés varie en fonction des individus ou des différents groupes, on peut déduire des décisions d'achat quelles sont les dispositions à payer (voir par exemple Johannesson, 1996).

D'un point de vue statistique, l'évaluation des données ainsi observées s'avère souvent problématique. D'une part, on ne sait pas clairement si l'individu avait seulement connaissance des différentes alternatives au moment de prendre sa décision d'achat. Etant donné que la plupart des décisions d'achat reposent sur plusieurs critères, on ne peut être certain, sur la base de ces données, que tous les aspects ont été pris en compte dans le critère décisionnel. D'autre part, les méthodes de préférences révélées ne peuvent le plus souvent être utilisées que dans des situations très spécifiques, dans lesquelles à tout le moins ce type de produits existe sur un marché et où il est possible d'observer des décisions d'achat sur la base desquelles on peut conclure à une disposition à payer. Or, dans le domaine des coûts intangibles de maladies, ces conditions devraient précisément être rarement remplies.⁶

A titre d'alternative aux méthodes indirectes, on a développé en économie les méthodes dites «de préférences déclarées». Dans ces méthodes directes, on recense des préférences exprimées sous la forme d'enquêtes. On peut fondamentalement distinguer deux approches. Avec la méthode d'évaluation contingente, on interroge la personne via un questionnaire ou un entretien personnel sur sa disposition à payer, tandis que, dans la méthode des choix discrets («Discrete Choice Experiment»), la disposition à payer est déterminée sur la base de décisions discrètes entre différents scénarios proposés (voir à cet égard Telser, 2002). Les deux méthodes nécessitent d'interroger des patients et leurs proches, et réclament d'engager des moyens importants. C'est pourquoi on les utilise rarement dans les études sur les frais de maladie.

Par approximation pour déterminer les coûts intangibles, on recourt dans quelques études à l'approche dite QALY (Quality-Adjusted Life Years). Un QALY est une mesure utilisée pour évaluer une année de vie en fonction de l'état de santé. En cas de parfaite santé, la valeur du QALY est de un. Selon le degré de handicap qu'entraîne une maladie, la valeur diminue, jusqu'à ce qu'il soit de zéro pour un décès. La perte de bénéfice résultant d'une année de vie dans un état de santé imparfait est ensuite déterminée au moyen d'une monétarisation du

⁶ Pour d'autres exemples du recours aux méthodes de préférences révélées, voir Telser (2002, chap. 2).

QALY. Pour cela, les études choisissent généralement des coûts forfaitaires. Dans la littérature sur le sujet, les auteurs discutent abondamment de la valeur «juste» ou «appropriée» d'un QALY (Eichler et al., 2004); cette approche ne permet toutefois pas de procéder à une évaluation individuelle de la perte de bénéfice du fait de la maladie.

Au total, la détermination de la disposition à payer pour prévenir douleurs, souffrance et diminution de la qualité de vie chez des patients et leurs proches s'avère nettement plus lourde à mettre en œuvre que le calcul des coûts directs et des coûts indirects. En conséquence de quoi, la plupart des études sur les frais de maladie renoncent à calculer les coûts intangibles et indiquent seulement les coûts directs et les coûts indirects.

2.4 Quel est le niveau des frais de maladie en Suisse?

Les études de coûts par pathologie (cost-of-illness-studies) sont menées en temps normal pour identifier les coûts économiques de différentes maladies. Il s'agit donc toujours d'analyses partielles. La littérature scientifique ne permet pas de répondre de manière exhaustive à la question de savoir quel est le niveau des frais de maladie globaux en Suisse. Les études existantes sur les frais de maladie peuvent toutefois être utilisées pour évaluer l'ordre de grandeur des dépenses de santé et des frais de maladie pour des tableaux cliniques spécifiques et en tirer des conclusions pour l'ensemble du système de santé. Ces conclusions reposent de préférence sur des études se référant à la Suisse, car les systèmes de santé nationaux ont souvent des structures très différentes, de sorte que la répartition des catégories de coûts peut s'avérer différente selon les pays.

Sont présentés ci-après les principaux résultats de sept études dans lesquelles figurent les coûts globaux de différentes maladies pour la Suisse.⁷ Il s'agit en l'occurrence d'études qui ont toutes été publiées au cours de ces dernières années et qui fournissent des indications tant sur les coûts directs que sur les coûts indirects d'une maladie, de sorte qu'il est possible de tirer des enseignements actuels sur le rapport entre les dépenses de santé et les frais de maladie pour différents types de pathologie. Les études plus anciennes et celles qui n'apportent que des indications insuffisantes sur certaines composantes des coûts ont été exclues de la récapitulation ci-après.

⁷ Des descriptions plus précises des études et de leurs résultats figurent en chapitre 5.

Les sept études comportant des frais de maladie pour la Suisse traitent essentiellement de maladies chroniques, ce qui provient sans doute du fait que les maladies chroniques sont de plus en plus fréquentes en raison du vieillissement démographique et qu'elles prennent de l'ampleur (voir Christensen et al., 2009). Trois travaux calculent les coûts des maladies du cerveau, une étude d'ensemble analysant – outre la sclérose en plaques (Kobelt et al., 2006a et 2006b) et la démence (Kraft et al., 2010) – toutes les maladies importantes du cerveau (Andlin-Sobocki et al., 2005). D'autres maladies chroniques, pour lesquelles on dispose de chiffres suisses, sont le cancer (Jönsson et Wilking, 2007), la polyarthrite rhumatoïde (Lundkvist et al., 2008) et les douleurs lombaires chroniques (Wieser et al., 2010). Dans la seule étude sur les frais de maladie impliquant une maladie aiguë, il s'agit d'une septicémie ou empoisonnement du sang (Schmid et al., 2004).

En ce qui concerne les tableaux cliniques de ces sept études, il ne s'agit bien entendu pas d'une sélection représentative de toutes les maladies sévissant en Suisse. Avec la polyarthrite rhumatoïde, le cancer et les maladies du cerveau (dépressions et migraine incluses), on trouve néanmoins dans les études quatre des sept maladies chroniques les plus fréquentes en Suisse. De plus, l'étude sur les douleurs lombaires traite des troubles physiques les plus fréquents en Suisse, dont souffre près de la moitié de la population et qui ne peuvent être imputés directement à une maladie (voir OFS, 2010).

Le tableau 1 offre un aperçu des coûts globalement déterminés dans ces études pour la Suisse. Les coûts globaux se composent en l'occurrence pour l'essentiel de coûts médicaux directs et de coûts non médicaux directs ainsi que de coûts indirects (perte de productivité et soins informels).⁸ Comme il est décrit au chapitre 2.2, les coûts médicaux directs sont à assimiler aux dépenses de santé pour cette maladie. Les résultats montrent, d'une part, que les coûts globaux par tableau clinique pour la Suisse sont parfois nettement différents. Cela n'est pas autrement surprenant, puisque de tout autres chiffres de prévalence et de tout autres formes de traitement sont à la base des différentes maladies.

Outre les maladies du cerveau, dont on recense douze pathologies différentes, les douleurs lombaires entraînent les coûts les plus élevés. Toutes les deux affichent des coûts relativement faibles par patient, mais présentent une prévalence élevée. La septicémie est la maladie la plus coûteuse par patient, suivie de

⁸ Les coûts intangibles ont été calculés uniquement dans l'étude sur les coûts de la sclérose en plaques et ne sont donc pas présentés ici (voir Kobelt et al., 2006a, et chapitre 5.1).

la démence et de la sclérose en plaques (voir à cet égard le chapitre 5). La prévalence relativement faible de ces maladies aboutit toutefois à des coûts globalement plus faibles. Une comparaison directe entre les maladies n'est cependant que partiellement possible, car les études ont en partie recouru à des méthodes et à des données différentes.

L'un des principaux résultats de cet aperçu est la constatation que les coûts médicaux directs – à savoir les dépenses de santé – ne représentent pratiquement pour chaque tableau clinique qu'une partie relativement faible des coûts globaux. C'est uniquement pour la démence que les dépenses de santé atteignent une proportion supérieure à 50 pour cent, ce qui s'explique avant tout par le fait que la démence touche essentiellement des personnes âgées, lesquelles – pour la plupart – ne se trouvent plus dans la vie active. Les pertes de productivité du travail n'ont de ce fait pas été déterminées pour les formes de démence. Cela se traduit par des coûts indirects plus faibles. Pour toutes les autres maladies, les dépenses de santé atteignent entre 26 et 40 pour cent des coûts globaux. En moyenne, elles se situent à plus d'un tiers.

Ce résultat vaut aussi pour la septicémie, la seule maladie aiguë figurant parmi les études prises en compte. Globalement, on peut toutefois considérer que la part des coûts indirects dans les maladies aiguës est nettement plus faible que dans les maladies chroniques, car les pertes de productivité se limitent à une période plus brève.⁹ D'un autre côté, la plupart des études sous-estiment les coûts indirects, car seules les pertes de productivité et les soins informels sont généralement pris en compte. Les coûts indirects chez les personnes inactives ainsi que, de manière générale, les coûts du temps libre perdu sont rarement pris en considération.

Au total, les résultats montrent de manière relativement nette qu'une grande partie des frais de maladie n'apparaissent pas dans les statistiques officielles du système de santé. Sur la base des études présentées, on peut considérer que les frais de maladie qui adviennent dans l'économie en dehors du système de santé ou sous une forme indirecte représentent environ deux tiers. Les dépenses de santé constituent ainsi tout juste un tiers des coûts globaux.

⁹ Les coûts indirects de la septicémie sont essentiellement dus au taux élevé de mortalité; dans l'étude analysée, celui-ci se situait à près de 50 pour cent. Il en est résulté des pertes importantes de productivité pour cause de mort prématurée, pertes qui sont intégrées dans le calcul effectué pour cette étude.

Tableau 1 | Dépenses de santé et frais de maladie en Suisse

| | Dépenses de santé (coûts médicaux directs) en mio de CHF/a | Coûts non médicaux directs en mio CHF/a | Coûts indirects en mio CHF/a | Coûts globaux en mio CHF/a | Part des dépenses de santé aux frais de maladie |
|--------------------------|---|--|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| Sclérose en plaques | 192 | 55 | 273 | 520 | 37.0 % |
| Septicémie | 355 | n.i. | 844 | 1 199 | 29.6 % |
| Polyarthrite rhumatoïde | 790 | 278 | 1 332 | 2 400 | 32.9 % |
| Démence | 3 486 | n.i. | 2 771 | 6 257 | 55.7 % |
| Cancer | 3 062 | 241 | 4 593 | 7 655 | 40.0 % |
| Douleurs lombaires (MCH) | 2 751 | 1 224 | 6 316 | 10 291 | 26.7 % |
| Douleurs lombaires (MCF) | 2 751 | 1 224 | 3 390 | 7 365 | 37.3 % |
| Maladies du cerveau | 6 082 | 2 696 | 9 831 | 18 609 | 32.7 % |

MCH: méthode du capital humain; MCF: méthode des coûts de friction pour calculer les pertes de productivité

Les coûts globaux d'une maladie se composent des coûts médicaux directs, des coûts non médicaux directs et des coûts indirects. Les coûts intangibles ne sont pas pris en compte ici, car ils ne sont calculés que dans une étude sur la sclérose en plaques. Les coûts médicaux directs traduisent en l'occurrence les dépenses de santé. Il apparaît que ceux-ci ne représentent qu'une petite fraction des frais de maladie, en moyenne plus d'un tiers. Les coûts indirects constituent en moyenne 55 % des coûts globaux. Au total, outre les maladies du cerveau, dont on recense douze pathologies, les douleurs lombaires entraînent les coûts les plus élevés. Mais, avec de 6 à 8 mia de CHF par an, le cancer et la démence génèrent également des coûts élevés pour l'économie suisse.

Source: Andlin-Sobocki et al. (2005), Jäger et al. (2008), Jönsson et Wilking (2007), Kobelt et al. (2006a), Kraft et al. (2010), Lundkvist et al. (2008), Schmid et al. (2004), Wieser et al. (2010), calculs personnels.

3 Les dépenses de santé peuvent réduire les frais de maladie

3.1 Les dépenses de santé influent sur les frais de maladie – vue d’ensemble

Les explications fournies au chapitre 2 relatives aux dépenses de santé et aux frais de maladie ont montré que les dépenses de santé recensées dans les statistiques officielles ne représentent qu’une partie de l’ensemble des frais de maladie. En l’occurrence, il s’agissait d’une analyse purement statique. Dans ce type d’analyse, les dépenses de santé sont considérées comme une pure composante de la maladie. Toutefois, parallèlement à ce résultat statique, il existe encore aussi des rapports dynamiques entre les dépenses de santé et les frais de maladie, de sorte qu’une focalisation unilatérale sur les dépenses de santé peut aboutir à des évaluations erronées.

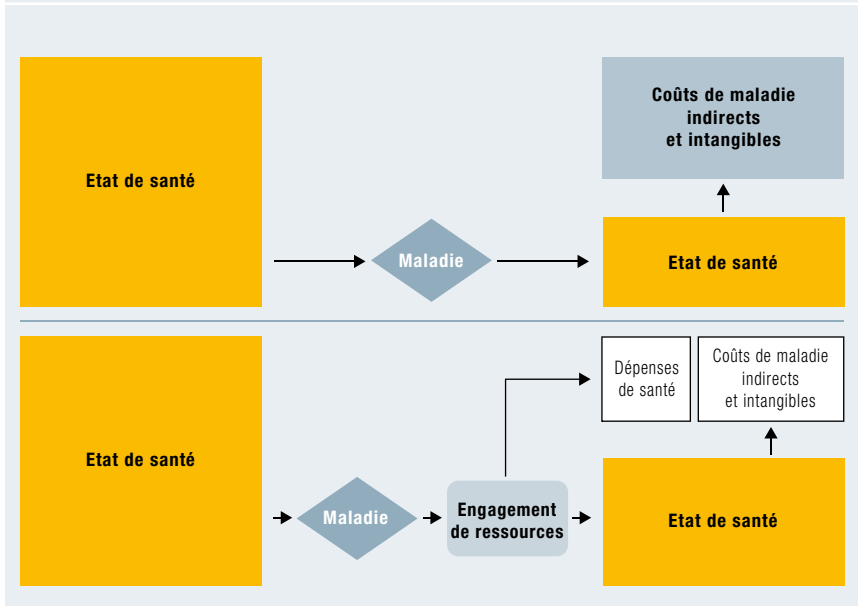
Le rapport devient dynamique parce que les dépenses de santé n’adviennent qu’à partir du moment où une maladie commence à être combattue.¹⁰ Si la maladie n’était pas combattue, il n’y aurait aucune nécessité à engager des ressources dans le système de santé. La maladie suivrait alors son cours et aboutirait à une aggravation de l’état de santé, ce qui entraînerait des frais de maladie sous la forme de coûts d’opportunité¹¹ par perte de temps de travail et de temps libre ainsi que sous la forme de perte de bénéfice par diminution de la qualité de vie. Dans un tel scénario, les frais de maladie consisteraient uniquement en éléments de coûts indirects et de coûts intangibles (voir figure 6, partie supérieure).

C’est seulement à partir du moment où sont engagées des ressources pour combattre une maladie qu’adviennent des dépenses de santé, ce qui – toutes choses égales par ailleurs – augmente les frais de maladie globaux. Toutefois, du fait de la lutte contre la maladie, les dépenses de santé deviennent un intrant (input) dans un tel scénario, intrant grâce auquel l’extrait (output) ou le résultat (outcome) doit «produire» une meilleure santé. Cela aboutit à des conséquences de la maladie moins dramatiques, et par là même aussi à une réduction des coûts indirects et des coûts intangibles par rapport à une situation où il n’y aurait pas eu de lutte (voir figure 6, partie inférieure). Si un traitement médical aboutit par exemple à ce qu’un patient recouvre plus rapidement la santé et puisse plus rapidement reprendre le travail, les coûts indirects résultant des pertes de productivité sur le lieu de travail se réduisent. Dans une situation comportant des

¹⁰ Dans ce contexte, la prévention peut être comprise comme la lutte contre une maladie avant son apparition.

¹¹ A cela, il convient aussi d’ajouter les coûts entraînés par une mort prématurée due à la maladie.

Figure 6 | Rapports entre dépenses de santé et frais de maladie



Ce graphique illustre les rapports entre dépenses de santé et frais de maladie de manière fortement simplifiée. Des dépenses de santé adviennent lors de la lutte contre une maladie. Sans cette lutte, la maladie aboutirait à un état de santé aggravé, avec les coûts indirects et les coûts intangibles qui en résulteraient (partie supérieure de la figure). C'est seulement à partir du moment où des ressources sont engagées pour combattre une maladie qu'adviennent les dépenses de santé en tant que coûts de ces ressources. Certes, les frais de maladie augmentent alors, mais les dépenses de santé remplissent en même temps la fonction d'intrant, ce qui aboutit à un meilleur état de santé et à des frais de maladie indirects et intangibles moindres (partie inférieure de la figure).

Source: Polynomics.

dépenses de santé comme intrant dans le processus de guérison, il existe donc des rapports de substitution entre les dépenses de santé comme coûts médicaux directs et les autres composantes de frais de maladie, notamment les coûts indirects et les coûts intangibles.¹²

La composante dynamique se renforce encore lorsqu'on prend en compte le progrès médico-technologique. En temps normal, celui-ci aboutit à ce que les coûts médicaux directs – les dépenses de santé – augmentent, car les innovations sont généralement plus coûteuses que les procédés classiques. Parallèlement, les maladies peuvent être plus efficacement combattues, ce qui réduit plus fortement les coûts indirects et les coûts intangibles. Un nouveau médicament qui combat, par exemple, efficacement les douleurs de la polyarthrite aboutit à ce que diminuent les coûts intangibles découlant de la qualité de vie amoindrie liée à cette maladie.

La littérature scientifique est riche en exemples qui attestent le rapport de substitution selon lequel le progrès médico-technologique réduit les coûts indirects et les coûts intangibles. La plupart de ces études apportent la démonstration soit au niveau de la maladie, soit au niveau d'un certain type de traitement. Faire l'inventaire de cette littérature ferait exploser le cadre de la présente étude, raison pour laquelle seuls quelques travaux seront cités ci-après à titre d'exemple.

¹² Il est en outre possible qu'il existe des rapports de substitution au sein des dépenses de santé en ce sens que, par exemple, il se produise des transferts d'un traitement hospitalier vers un traitement ambulatoire (voir Lichtenberg, 2001, ainsi que Law et Grépin, 2010).

Dépenses de santé comme composante de coûts ou intrant pour une meilleure santé – l'exemple du vieillissement démographique

La différence entre l'approche statique, dans laquelle les dépenses de santé sont considérées avant tout comme une composante des coûts de la maladie, et l'approche dynamique, qui considère les dépenses de santé comme un intrant pour une meilleure santé, peut être illustrée par l'exemple du débat sur le vieillissement démographique. Dans les nations industrialisées, les dépenses de santé – en forte augmentation au cours des 30 dernières années – sont allées de pair avec une croissance remarquable de l'espérance de vie, surtout chez les personnes de plus de 60 ans (voir Christensen et al., 2009).

Dans la littérature, les répercussions de l'amélioration de l'espérance de vie sur la santé font l'objet d'opinions contrastées. Il existe deux théories concurrentes. La thèse de la compression de la morbidité considère que les personnes dont l'espérance de vie augmente restent largement en bonne santé jusqu'à un âge avancé et que les maladies graves ne surviennent que dans la dernière période de la vie, autrement dit peu de temps avant la mort (Fries, 1980). Les années gagnées sont essentiellement vécues en bonne santé. La maladie n'apparaît que dans la phase qui précède de peu la mort. Cette phase ne cesse toutefois de se raccourcir grâce aux progrès de la médecine. En revanche, la thèse de l'expansion de la morbidité ou thèse de la médicalisation part du principe que la progression de l'espérance de vie aboutit à davantage de maladies de la vieillesse et que les années gagnées sont de plus en plus vécues dans un état de maladie et de handicap (voir Olshansky et al., 1991).

Les deux théories peuvent entraîner une augmentation des dépenses de santé. Dans le cas de la thèse de l'expansion de la morbidité, celles-ci sont mêmes immédiatement la conséquence du vieillissement démographique. L'augmentation de l'espérance de vie est « achetée » au prix de plus de maladies chroniques de la vieillesse et, par voie de conséquence, de dépenses de santé plus élevées. Dans la thèse de la compression de la morbidité, les dépenses de santé peuvent augmenter, parce qu'elles sont considérées comme un apport à une amélioration de l'état de santé au cours de la vieillesse. Les personnes âgées peuvent générer des dépenses de santé élevées et néanmoins ne pas être handicapées ou nécessiter des soins. Lorsque les mesures médicales agissent, elles aboutissent à une amélioration de la santé et préviennent les handicaps et la dépendance des soins (voir Niehaus, 2006).

La plupart des études qui traitent de vieillissement démographique arrivent à la conclusion que les évolutions survenues jusqu'ici parlent plutôt en faveur de la thèse de la compression de la morbidité. Le plus vraisemblable est toutefois que l'on observe plutôt une forme mixte réunissant les deux thèses, en ce sens que les maladies chroniques dues à l'âge seraient effectivement plus fréquentes, mais qu'elles seraient moins graves qu'autrefois et que la vieillesse serait ainsi globalement vécue dans un meilleur état de santé qu'auparavant (voir par exemple Christensen et al., 2009). Cela indique clairement que, dans une évolution dynamique du temps, le caractère d'intrant des dépenses de santé l'emporte sur la pure composante des coûts.

La grande majorité des études traitent de l'impact du progrès médico-technologique sur l'état de santé sous la forme de procédés, d'appareils ou de médicaments nouveaux. Dans le secteur des médicaments, en particulier, il existe un grand nombre d'études, car, dans la plupart des pays, les autorités d'homologation exigent la preuve d'une meilleure efficacité avant la mise sur le marché d'un nouveau produit. Citons à titre d'exemple le progrès technologique enregistré dans le domaine des anticoagulants. Ici, un nouveau principe actif – le rivaroxaban – a permis d'abaisser d'environ la moitié le risque de thrombose après des interventions orthopédiques importantes (voir Eriksson et al., 2008, ainsi que Lassen et al., 2008).

Quelques études vont encore plus loin et analysent les effets sur les composantes des frais de maladie qui résultent du progrès médico-technologique. Dans une étude d'ensemble, Zhang et Anis (2010) montrent par exemple que, dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde, de nouvelles formes de traitement par des produits biologiques ont permis de réduire les pertes d'emploi dans des proportions allant jusqu'à 50 pour cent. En outre, ces innovations ont permis de réduire nettement tant les absences du poste de travail (absentéisme) que les pertes de productivité durant le temps de travail (présentéisme).

Que le progrès technologique ne se limite pas aux médicaments, c'est ce que montre l'exemple de la chirurgie coelioscopique, dans laquelle la cavité abdominale et les organes qu'elle contient sont visualisés à l'aide d'un système optique comportant un jeu de lentilles spécifiques (endoscopes) à travers de petites incisions pratiquées par le chirurgien dans la paroi abdominale. Cela permet d'éviter d'ouvrir la paroi abdominale, raison pour laquelle le procédé est classé dans la catégorie de la chirurgie mini-invasive. Dans le passé, le progrès médico-technologique a permis de réaliser de plus en plus d'interventions coeliosco-

piques. Parmi les applications, on citera la hernie inguinale, qui peut être opérée soit par ouverture de la paroi abdominale, soit par coelioscopie. Si la technique coelioscopique n'affiche pas des résultats supérieurs dans toutes les situations de santé, et entraîne en particulier des rechutes plus fréquentes, le procédé est manifestement moins douloureux et permet une convalescence plus rapide que la chirurgie à ciel ouvert (Goers et al., 2008). Dans le cadre d'une étude anglaise, Stoker et al. (1994) ont montré qu'après une intervention coelioscopique, les patients pouvaient reprendre leur travail au bout d'une durée médiane de 14 jours, alors que la durée de reprise était deux fois plus longue (28 jours) chez les patients ayant subi une intervention à ciel ouvert. L'innovation entraîne ainsi une nette réduction des frais de maladie indirects sous la forme de pertes de productivité sur le lieu de travail. De plus, chez les patients ayant subi une coelioscopie, on rencontrait nettement plus de personnes exemptes de douleurs et nettement moins de personnes ressentant de fortes douleurs, ce qui entraîne une réduction des coûts intangibles.

Alors qu'au niveau de la maladie ou des techniques, il existe comme on l'a vu un grand nombre d'études qui montrent que c'est avant tout le progrès médico-technologique qui entraîne un meilleur état de santé des patients et une réduction des coûts indirects ainsi que des coûts intangibles, ce type d'études est plutôt rare au niveau de la société tout entière. Cela est dû en premier lieu aux grandes difficultés rencontrées dans la mise en œuvre empirique au niveau agrégé. Il existe surtout des exceptions dans le domaine de la recherche sur les déterminants de l'espérance de vie. C'est ainsi que, dans une étude réunissant des données de 19 pays de l'OCDE, Zweifel et Ferrari (1992) montrent que des dépenses de santé 10 pour cent plus élevées par tête d'habitant en 1970 se traduisaient dix ans plus tard par une espérance de vie résiduelle prolongée de 1 pour cent. Cette relation positive entre dépenses de santé et espérance de vie a été également établie dans une étude ultérieure pour la période allant jusqu'à 2000 (voir Zweifel et al., 2005). Les économistes de santé Frech et Miller sont parvenus à un résultat similaire dans deux études comportant des données de l'OMS et de l'OCDE provenant de 18 pays (voir Frech et Miller, 1999, ainsi que Miller et Frech, 2004). Dans les deux études, ils arrivent à la conclusion qu'à l'intérieur des dépenses de santé ce sont avant tout les dépenses pour les médicaments qui influent le plus positivement sur l'espérance de vie. Une augmentation de 10 pour cent des dépenses consacrées aux médicaments a abouti à une augmentation de près de 1 pour cent de l'espérance de vie corrigée du facteur incapacité (Disability-Adjusted Life Expectancy, DALE).

Une étude de Lichtenberg et Virabhak (2007) va au-delà des considérations d'espérance de vie. Dans un modèle de croissance, les auteurs analysent quelle influence exercent les progrès médico-technologiques relatifs aux médicaments sur certains paramètres liés à la santé. Se basant sur des données états-uniennes, ils ont montré que non seulement le progrès technologiques a abouti à de meilleurs taux de survie, mais qu'il a aussi positivement influé sur la perception de l'état de santé et a réduit les handicaps physiques dus à la maladie.

3.2 Les dépenses de santé se justifient-elles?

Le précédent chapitre a montré que les dépenses de santé ne devaient pas être considérées comme une simple composante des coûts de la maladie, mais au contraire comme un apport (input) à la lutte contre la maladie, qui contribue à ce que soit atteint un meilleur état de santé et que soient ainsi réduits les frais de maladie indirects et intangibles. En raison de ces rapports de substitution entre frais de maladie directs et indirects ou intangibles, l'augmentation des dépenses de santé, par exemple sous l'effet du progrès médico-technologique, ne constitue pas a priori un problème. Dès lors se pose la question de savoir quand des dépenses de santé plus élevées se justifient, ou à partir de quel moment l'effet global résultant de l'augmentation des dépenses de santé et de la réduction des autres composantes de coûts présente un avantage. Des dépenses de santé plus élevées se justifient à partir du moment où le bénéfice qui en découle est supérieur, autrement dit où l'ensemble des frais de maladie s'avère plus faible malgré les dépenses de santé plus élevées et où, par conséquent, le recul des coûts indirects et des coûts intangibles est supérieur à l'augmentation des dépenses de santé.

Une condition suffisante pour que les dépenses de santé se justifient serait que la disposition à payer pour les améliorations de l'état de santé qui en découlerait soit supérieure aux dépenses de santé engagées pour cela. Alors qu'au chapitre 2.3 la notion de disposition à payer avait été uniquement utilisée pour calculer les coûts intangibles, elle peut aussi être employée dans ce contexte pour procéder à une évaluation monétaire du bénéfice apporté par une amélioration de l'état de santé. Le gain d'utilité évalué en unités monétaires et résultant, par exemple, de meilleures possibilités de traitement peut ainsi être comparé directement avec les coûts supplémentaires advenant sous la forme de dépenses de santé supérieures. Si la disposition à payer est plus élevée, les dépenses de santé supérieures se justifient.

De telles analyses de la disposition à payer sont presque exclusivement menées dans le contexte de techniques, de traitements ou de programmes isolés. Pour la Suisse, on citera par exemple l'étude de Nocera et al. (2002 et 2003), dans laquelle a été réalisée une analyse coût-bénéfice relative à différents programmes de lutte contre la maladie d'Alzheimer. Les auteurs arrivent à la conclusion qu'un programme destiné à décharger les proches dispensant des soins aux patients souffrant de la maladie d'Alzheimer générerait globalement plus de bénéfice que de coûts. Avec un tel programme, les proches pourraient faire appel à des soignants professionnels quelques semaines par an à la charge de l'assurance-maladie pour se décharger eux-mêmes. Cela reviendrait à un transfert de coûts indirects via des soins informels vers des coûts directs sous la forme de dépenses plus élevées pour des soins professionnels. La population suisse estime manifestement davantage l'économie réalisée dans les soins informels que le surcroît de dépenses advenant ainsi dans les dépenses de santé ou les primes d'assurance. Selon la méthode de relevé utilisée, le bénéfice net est d'au minimum 21 mio de CHF par an. En revanche, un programme de dépistage de la maladie d'Alzheimer ferait nettement moins bonne figure et, avec certaines méthodes de relevé, aboutirait même à une perte nette de -19 mio de CHF, les dépenses de santé supplémentaires n'étant alors pas compensées par le gain d'utilité.

Au niveau de l'ensemble du système de santé, on ne trouve pratiquement aucune analyse de la disposition à payer, car celles-ci sont incomparablement plus difficiles à réaliser pour une grandeur aussi fortement agrégée. Une exception est constituée par l'étude de Telser et al. (2004)¹³, dans laquelle la perte de bénéfice pour la Suisse résultant de réformes éventuelles du système de santé a été chiffrée en utilisant la méthode de la disposition à payer. L'une des possibilités de réforme considérées portait en l'occurrence sur un accès à l'innovation différé de deux ans, ce qui conduirait pour la population suisse à une perte de bénéfice annuelle de 780 CHF par tête d'habitant. Extrapolé à la population suisse adulte, le bénéfice tiré d'un accès immédiat à l'innovation au lieu d'un accès différé représentait quelque 5 mia de CHF par an. Au moment de la réalisation de l'étude, cette valeur constituait environ 10 pour cent de l'ensemble des dépenses de santé, ce qui souligne le bénéfice élevé résultant de l'innovation pour la population suisse. Une évaluation avec les dépenses de santé advenant effectivement n'a toutefois pas été réalisée dans cette étude, de sorte qu'il est impossible de juger de manière définitive si, au total, un bénéfice net résulte du progrès technologique.

¹³ Voir aussi à cet égard Zweifel et al. (2006).

Tableau 2 | Bénéfice et coût résultant du progrès médico-technologique aux Etats-Unis

| en milliards de USD | 1980-1990 | 1990-2000 | 1980-2000 |
|--|-----------|-----------|-----------|
| Bénéfice brut lié à la réduction de la mortalité | 24 538 | 23 593 | 48 131 |
| Augmentation des dépenses de santé | 14 928 | 11 591 | 26 519 |
| Bénéfice net | 9 611 | 12 001 | 21 612 |
| Retour sur investissement par USD investi (ROI) | 1.64 | 2.04 | 1.81 |

Sur la période de 1980 à 2000, le progrès médico-technologique a généré aux Etats-Unis plus de bénéfice qu'il n'a coûté. Le bénéfice brut résultant de la diminution de la mortalité correspond aux frais de maladie indirects économisés et dépasse nettement l'augmentation des dépenses de santé, à savoir les coûts médicaux directs. Sur la période d'ensemble, un bénéfice de USD 1.81 a été dégagé par dollar investi, étant entendu que le retour sur investissement a encore légèrement progressé après 1990.

Source: Murphy et Topel (2006).

Aux Etats-Unis, c'est seulement récemment que deux études ont essayé de répondre à cette question. Murphy et Topel (2006) ont calculé l'augmentation de l'espérance de vie entraînée par le progrès médico-technologique et ont extrapolé en termes de bénéfice brut pour l'ensemble de la société le gain d'utilité qui en résultait au moyen de la méthode de la disposition à payer. Ce bénéfice macroéconomique résultant de l'augmentation de l'espérance de vie peut ensuite être comparé avec les dépenses de santé engagées pour obtenir ce résultat. Le tableau 2 montre les résultats de cette analyse pour les années 1980 à 2000. Tant pour la décennie 1980-1990 que pour la décennie 1990-2000, il est résulté aux Etats-Unis une augmentation de l'espérance de vie qui a représenté un bénéfice à hauteur d'environ 25 mia d'USD. Durant la même période, la croissance des dépenses de santé a été de respectivement 15 et 11.6 mia d'USD, ce qui a constitué pour les deux décennies un excédent de bénéfice de près de respectivement 10 et 12 mia d'USD. Cela signifie que chaque dollar investi sous forme de dépenses de santé a généré un revenu de USD 1.64 dans la première décennie et de USD 2.04 dans la seconde décennie. Pour l'ensemble de la période considérée, le retour sur investissement (Return on Investment, ROI) a été de USD 1.81 par dollar investi.

Ce résultat a été confirmé par une seconde étude de Luce et al. (2006). Dans cette analyse également, les auteurs évaluent respectivement les améliorations

de l'espérance de vie et la diminution de la mortalité due à la maladie obtenues grâce au progrès médico-technologique. Durant la même période de 1980 à 2000, les auteurs obtiennent un retour sur investissement de USD 1.94 par dollar investi si l'on ne considère que la diminution des décès, et de USD 1.55 si l'espérance de vie moyenne constitue l'objet de l'analyse. Ainsi les valeurs obtenues se situent-elles dans le même ordre de grandeur que chez Murphy et Topel (2006). Il s'agit d'un indicateur relativement fort démontrant que, tout au moins aux Etats-Unis, les dépenses de santé se sont justifiées par le passé. Le bénéfice du progrès médico-technologique l'emporte de 50 à 100 pour cent sur les dépenses de santé.

4 Les acteurs tendent à des considérations partielles – conclusions pour la politique de santé suisse

Les discussions sur les dépenses de santé sont omniprésentes. Chaque année, les responsables politiques et les journalistes débattent au plus tard en automne – lors de la diffusion du montant des primes de caisse-maladie – tant sur le niveau absolu que sur l'augmentation annuelle. Ce faisant, il convient de constater que ces discussions ne portent jamais que sur les dépenses ou les coûts qui adviennent directement dans le cadre du système de santé et qui sont misent en œuvre dans un but de prévention, de traitement, de réadaptation et de soins de maladies et d'accidents (voir OFS, 2011a). Combien «coûte» au total la santé à l'économie suisse? La question n'est généralement pas débattue. Outre les dépenses de santé proprement dites adviennent en effet – comme il a été montré – différents autres coûts liés à la maladie. Font partie des composantes des coûts globaux d'une maladie non seulement les coûts directs non médicaux extérieurs au système de santé (transformations de l'habitation dues à des handicaps, par exemple), mais également les coûts indirects – sous la forme de pertes de productivité sur le lieu de travail ou de soins informels dispensés par les proches. Mais les coûts dits intangibles, tels que les douleurs ou la souffrance des patients et de leurs proches, ne doivent pas non plus être négligés, même si leur chiffrage concret est souvent extrêmement difficile.

Différentes études sur les frais de maladie ont permis de montrer que les frais de maladie indirects dépassent nettement les dépenses de santé en Suisse. En moyenne, les dépenses de santé représentent environ un tiers de l'ensemble des frais de maladie. Dans le débat politique, toutefois, l'attention porte en priorité sur les mesures visant à abaisser les dépenses de santé. Cette attitude est déjà critiquable d'un point de vue statique, car d'autres composantes des coûts sont ainsi négligées, mais elle le devient encore plus lorsque l'on intègre dans la réflexion les effets dynamiques. Si l'on prend les dépenses de santé uniquement comme une composante des coûts de maladie et que l'on ignore les effets indirects situés en aval, le risque est grand de prendre des décisions de politique de santé erronées. Certaines mesures peuvent certes abaisser les coûts à court terme, mais elles peuvent à long terme entraîner des frais de maladie indirects plus élevés – des pertes de productivité accrues, par exemple – si l'état de santé des patients s'aggrave. En revanche, si le progrès médico-technologique génère en temps normal des dépenses de santé supplémentaires, il peut à long terme réduire d'autres composantes de coûts parce que, par exemple, les patients guérissent plus rapidement ou ressentent moins de douleurs.

Diverses études empiriques montrent que le bénéfice entraîné par une espérance de vie supérieure ou par un état de santé durablement amélioré l'emporte sur les dépenses de santé qui avaient été nécessaires pour cela. Quant à savoir si tous les moyens engagés dans le système de santé le sont toujours efficacement, la réponse ne saurait encore être catégorique. Pour la Suisse aussi, on peut supposer que les ressources pourraient être mieux utilisées pour atteindre un meilleur état de santé et réduire les coûts indirects et les coûts intangibles. Compte tenu de ces tenants et aboutissants, il importe, dans le débat de politique de santé, de ne pas considérer seulement les dépenses de santé, mais d'avoir en particulier aussi à l'esprit leur impact sur les résultats, et donc sur les coûts indirects et les coûts intangibles. Dans quelle mesure les acteurs du système de santé suisse sont-ils incités à adopter cette vue d'ensemble, c'est ce que nous allons brièvement voir ci-après. Seront pris en considération les fournisseurs de prestations, les assureurs, les responsables politiques, ainsi que la population en tant que patient, proches du malade, payeurs de primes et contribuables.

S'agissant des fournisseurs de prestations, on distingue deux groupes: d'une part, les médecins installés, les hôpitaux et les pharmacies, dont la préoccupation principale est le rétablissement ou l'amélioration de l'état de santé de leurs patients. Etant donné que, compte tenu de l'assurance-maladie globale, ces derniers ne supportent immédiatement qu'une fraction des coûts médicaux directs qui adviennent, les fournisseurs de prestations sont à peine incités à prendre en compte les dépenses de santé dans leurs décisions relatives au traitement. Ils veillent au contraire essentiellement à l'amélioration de l'état de santé et, par voie de conséquence, à une réduction des coûts indirects et des coûts intangibles. Du fait de la couverture d'assurance, les dépenses de santé ne revêtent à leurs yeux qu'une importance secondaire. De plus, pour les médecins et les hôpitaux, l'obligation de contracter en vigueur dans le système actuel réduit encore l'incitation à limiter les dépenses de santé, en ce sens que les prestations de tous les fournisseurs de prestations autorisés sont remboursées par les caisses-maladie, quels que soient le volume et la qualité des prestations exécutées.

La même chose vaut pour le second groupe des fournisseurs de prestations, les «innovants», tels que les entreprises pharmaceutiques ou les entreprises de technologie médicale pratiquant la recherche. Ici aussi, l'intérêt modéré que les patients assurés manifestent pour les dépenses de santé se reporte sur les fournisseurs de prestations. Ils vont pouvoir mieux s'affirmer sur le marché s'ils recherchent et développent de nouvelles formes de traitement qui permettront, par comparaison avec les procédés antérieurs, de générer un «plus» en termes

de santé ou d'augmenter l'espérance de vie. Les innovations en termes de produits, qui abaissent les composantes des coûts indirects et des coûts intangibles, se justifient davantage dans un tel système que les innovations en termes de processus, qui entraînent des dépenses de santé plus faibles. Le catalogue de prestations de l'assurance de base, en principe ouvert, renforce encore ces incitations, même si, s'agissant des médicaments, l'inscription dans la liste des spécialités doit être au préalable contrôlée par l'Office fédéral de la santé publique.

Alors que les fournisseurs de prestations visent en premier lieu l'état de santé des patients et s'efforcent, par des traitements et des innovations appropriés, de réduire les frais de maladie indirects et les frais intangibles, l'intérêt premier des caisses-maladie est exactement inverse et consiste à réduire les dépenses de santé. Les mesures ayant pour but d'abaisser les coûts à rembourser devraient généralement rencontrer le soutien des caisses-maladie, que ce soit via l'augmentation de la participation des patients aux coûts, via une part plus importante au financement des dépenses (hospitalières) de santé couverte par les cantons ou encore via des coupes dans le catalogue des prestations ou de la liste des spécialités pour les médicaments. Dans la configuration actuelle du système de santé, tous les autres frais de maladie sont d'importance secondaire. Contrairement à l'assurance-accidents, il n'existe pas d'assurance obligatoire d'indemnités journalières que les assureurs envisagent à terme, ne serait-ce que pour une partie des pertes de productivité sur le lieu de travail.

S'agissant des responsables politiques, compte tenu des interactions entre dépenses de santé et frais de maladie, ils devraient en principe montrer leur intérêt pour toutes les composantes des coûts. Comme il a été montré dans les études sur les frais de maladie pour la Suisse, les pertes de productivité ainsi que les coûts entraînés par les soins informels peuvent être très élevés selon la maladie. Les mesures prises pour combattre les maladies ou en atténuer les effets – en particulier dans le cas des maladies chroniques – peuvent entraîner un bénéfice économique important malgré des dépenses de santé élevées lorsque, par exemple, elles permettent de réduire des pertes de productivité à long terme. Néanmoins, la politique de santé se caractérise essentiellement par la prise de mesures visant à une réduction des dépenses de santé à court terme. Cela pourrait s'expliquer entre autres par le fait que les réductions de coûts immédiates des dépenses de santé sont plus faciles à communiquer et adviennent relativement vite, ce qui accroît les chances d'élection à court terme. En revanche, les effets à long terme sur les coûts globaux sont plus difficiles à faire comprendre et se situent souvent au-delà de l'horizon des élections suivantes.

Tant les fournisseurs de prestations que les caisses-maladie ou les responsables politiques n'ont toujours qu'une vision partielle devant les yeux lorsqu'il s'agit des frais de maladie. Pour la population, seules les composantes des coûts jouent un rôle important. Les coûts intangibles résultant des douleurs et de la souffrance causées par une maladie sont supportés par les patients et leurs proches. Les coûts indirects dus aux soins informels concernent les proches, les coûts pour pertes de productivité les employeurs, mais également les individus eux-mêmes, car une capacité de travail limitée va entraîner aussi des pertes de revenu. S'agissant des coûts directs, notamment des dépenses de santé, l'impact des coûts chez les individus n'est certes pas aussi direct en raison de la couverture d'assurance et des prestations hospitalières en partie financées par les cantons. Pourtant, compte tenu des participations aux coûts sous la forme de franchises et de quotes-parts, de primes de caisses-maladie à payer mensuellement et d'impôts, les coûts sont finalement supportés dans leur totalité par les individus ou la population.

D'un point de vue économique, il y aurait donc intérêt à considérer de manière égale toutes les composantes des coûts lorsque l'on discute de mesures de politique de santé. Réduire le débat à une limitation des dépenses de santé tout en négligeant les autres composantes des coûts peut éventuellement s'avérer efficace à court terme, mais, à long terme, en ce qui concerne les coûts globaux, il peut en résulter des effets contraires.

En résumé, on constate que, dans le système suisse de santé actuel, les incitations à considérer les différentes composantes des coûts chez les acteurs importants s'avèrent très variables, de sorte qu'il est difficile de mener une politique de santé susceptible de rallier une majorité et qui soit surtout durable. La remarque vaut en particulier dans la perspective que les maladies chroniques continueront à progresser dans les prochaines années, pour une bonne part en raison du vieillissement démographique. Il en résulte que le système de santé suisse est amené en permanence à relever de nouveaux défis en matière de financement, défis qui réclament des propositions de solutions conçues pour le long terme. Parallèlement à la prise en considération globale de toutes les composantes des coûts liées à la maladie, il s'agit aussi d'identifier les possibilités d'améliorer l'efficacité du système de santé pour pouvoir faire face, par un engagement plus efficace des ressources, aux dépenses de santé inéluctablement générées par le progrès médico-technologique.

5 Fiches signalétiques relatives aux études sur les frais de maladie appliquées à différents tableaux cliniques

Dans les pages qui vont suivre, il sera montré à l'exemple de sept études quels sont les coûts globaux de différentes maladies pour la Suisse. Le tableau 3 offre un aperçu des coûts calculés globalement pour des tableaux cliniques sélectionnés sur la base des études disponibles pour la Suisse. Les coûts globaux se composent en l'occurrence pour l'essentiel de coûts directs et de coûts indirects. Les coûts intangibles sont uniquement relevés dans l'étude sur les coûts de la sclérose en plaques. La répartition des différents types de coûts advenant pour ces deux catégories n'est pas uniforme dans toutes les études considérées, de sorte que, pour la présente compilation, les types de coûts ont été répartis pour des raisons de comparabilité comme il a été décrit au chapitre 2.2. S'agissant des tableaux cliniques analysés, les différents types de coûts sont toujours relevés ci-après par patient et en utilisant les chiffres de prévalence pour l'ensemble de la Suisse.

Tableau 3 Aperçu des frais de maladie en Suisse

| | Coûts directs CH en mio de CHF/a | Coûts indirects CH en mio de CHF/a | Coûts globaux CH en mio de CHF/a |
|-------------------------|---|---|---|
| Sclérose en plaques | 247 | 273 | 520 ^{a)} |
| Septicémie | 355 | 844 | 1 199 |
| Polyarthrite rhumatoïde | 1 068 | 1 332 | 2 400 |
| Démence | 3 486 | 2 771 | 6 257 |
| Cancer | 3 062 | 4 593 | 7 655 |
| Douleurs lombaires | 3 975 | 6 316 | 10 291 |
| Maladies du cerveau | 8 778 | 9 831 | 18 609 |

a) Dans un but de comparabilité avec d'autres maladies, relevé sans coûts intangibles

La part des coûts indirects aux coûts globaux varie entre 44 et 70 %. Outre les maladies du cerveau, les coûts les plus élevés sont dus aux douleurs lombaires en raison de leur forte prévalence. La sclérose en plaques cause au total les coûts les plus faibles, en particulier parce que – comparée à d'autre tableaux cliniques – la maladie présente une faible prévalence en Suisse. De manière générale, les coûts des différentes maladies sont difficilement comparables, car leur calcul repose en partie sur des données et des méthodes différentes.

Source: Andlin-Sobocki et al. (2005), Jäger et al. (2008), Jönsson et Wilking (2007), Kobelt et al. (2006a), Kraft et al. (2010), Lundkvist et al. (2008), Schmid et al. (2004), Wieser et al. (2010), calculs personnels.

Outre les maladies du cerveau, qui englobent douze maladies différentes, ce sont les douleurs lombaires qui entraînent les coûts les plus élevés. Toutes deux affichent des coûts relativement modérés par patient, mais présentent une prévalence élevée. La maladie la plus coûteuse par patient est de loin la septicémie, suivie de la démence et de la sclérose en plaques. Une comparaison directe entre les maladies n'est toutefois guère possible, car les études ont utilisé en partie des méthodes et des données différentes.

S'agissant des tableaux cliniques relevés dans le tableau, les différentes études relatives au calcul des frais de maladie sont présentées ci-après plus en détail, et la base de données ainsi que la démarche adoptée et les hypothèses avancées sont expliquées.

5.1 Sclérose en plaques

La sclérose en plaques (SEP) est une maladie inflammatoire chronique évolutive du système nerveux central, lequel se compose du cerveau et de la moelle épinière.¹⁴ Dans la démyélinisation des fibres nerveuses, la gaine de myéline qui entoure les axones des cellules nerveuses comme une sorte de couche isolante est lésée ou détruite. Il s'ensuit que la transmission des impulsions électriques ne s'effectue plus que lentement, voire plus du tout, et des symptômes, tels que troubles de la vue, troubles de l'élocution, faiblesse musculaire ou troubles de la coordination, apparaissent. Étant donné qu'il n'existe toutefois aucun schéma caractéristique des symptômes, ceux-ci peuvent varier de patient à patient, tant dans leur survenue que dans leur degré de gravité. Le cours de la maladie est également individuel, étant entendu que l'on peut faire la distinction entre une SEP évoluant par poussées, une SEP primaire progressive et une SEP secondairement progressive. L'origine de la SEP est aujourd'hui encore mal connue. C'est la maladie neurologique la plus fréquente chez les jeunes adultes; chez une grande partie des malades, les premiers symptômes se manifestent déjà entre 20 et 40 ans. Les femmes sont touchées environ deux à trois fois plus souvent que les hommes. La maladie est incurable; compte tenu des grands progrès réalisés par la recherche ces dernières décennies, en particulier depuis l'introduction des traitements immunomodulateurs, on peut toutefois atténuer et ralentir le cours de la maladie. On recourt pour cela à des médicaments qui influent sur le système immunitaire. La mortalité elle aussi – qui n'est pas notablement augmentée chez les patients atteints de SEP par rapport aux personnes non atteintes – a pu encore être abaissée au cours de ces dernières années.

¹⁴ Voir à cet égard et ci-après www.multiplesklerose.ch/Multiple-Sklerose.ms.0.html; www.sprechzimmer.ch/Krankheitsbilder → Multiple Sklerose, accès le 13.07.2011.

En Suisse, on estime la prévalence à environ 8000 (Jäger et al., 2008, ainsi qu'Andlin-Sobocki et al., 2005). Ce chiffre remonte à un travail de Beer et Kesslerling (1994), qui avaient calculé en 1986 un taux de prévalence de 110 malades pour 100 000 habitants pour le canton de Berne. On ne dispose toutefois d'aucune statistique officielle.

Kobelt et al. (2006a et 2006b) calculent les coûts générés par la SEP pour différents pays européens, dont également la Suisse. Pour cela, ils ont interrogé au moyen d'un questionnaire 1100 patients enregistrés auprès de la Société suisse de sclérose en plaques. Les coûts ont été chaque fois calculés pour des degrés de gravité de la maladie variables (Expanded Disability Status Scale). Etant donné que l'échantillon ne prend en compte que des patients enregistrés, il se peut que la répartition des degrés de gravité soit surestimée si l'on part de l'hypothèse que ce sont plutôt les cas graves de SEP qui sont enregistrés auprès de la Société suisse de sclérose en plaques.

Selon le degré de gravité de la maladie, les coûts annuels moyens par patient varient de près de 20 000 CHF à plus de 140 000 CHF (coûts directs et coûts indirects). Le tableau 4 résume les coûts pour le degré de gravité médian; en 2005, ils étaient de 65 000 CHF par patient. Si l'on part de l'hypothèse de 8018 patients atteints de SEP en Suisse (voir Andlin-Sobocki et al., 2005), les coûts annuels se situent à hauteur de 520 mio de CHF. La part revenant aux coûts directs et aux coûts indirects est en l'occurrence à peu près identique.

Les coûts des médicaments représentent environ 40 pour cent des coûts médicaux directs. 13 pour cent des personnes interrogées avaient passé en moyenne 38 jours (pendant la période de 3 mois analysée) à l'hôpital, ce qui représente des coûts annuels moyens d'environ 4000 CHF par patient. Les coûts sont légèrement plus bas pour le traitement ambulatoire, auquel près de 80 pour cent des patients ont fait appel en moyenne cinq fois par mois. Ce sont les soins professionnels qui entraînent la part la plus importante des coûts médicaux. En ce qui concerne les coûts directs non médicaux, une bonne moitié d'entre eux provient des investissements consacrés à l'adaptation des habitations, à des fauteuils roulants et à des moyens auxiliaires. L'autre moitié représente les coûts de l'aide professionnelle à domicile.

Parmi les coûts indirects, pour la mise en parallèle réalisée ici, on a recensé tant les soins informels que les pertes de productivité. Près de la moitié des patients atteints de SEP nécessitent en moyenne 3.5 heures de prestations de soins in-

Tableau 4 | Coûts de la sclérose en plaques

| | Par patient en CHF/a | Coûts CH en mio de CHF/a | En pourcentage des coûts globaux |
|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|
| Coûts médicaux directs | 24 002 | 192 | 37.0 % |
| Dont coûts des médicaments | 9 775 | 78 | 15.1 % |
| Coûts non médicaux directs | 6 847 | 55 | 10.6 % |
| Total coûts directs | 30 849 | 247 | 47.6 % |
| Soins informels | 9 335 | 75 | 14.4 % |
| Pertes de productivité | 24 669 | 198 | 38.0 % |
| Total coûts indirects | 34 004 | 273 | 52.4 % |
| Coûts globaux | 64 853 | 520 | 100.0 % |
| Coûts intangibles | 23 000 | 184 | |
| Coûts globaux (coûts intangibles inclus) | 87 853 | 704 | |

Les indications se réfèrent à des coûts annuels en CHF 2004/2005

Les coûts globaux ont été extrapolés dans l'hypothèse de 8 018 malades de la SEP selon Andlin-Sobocki et al. (2005)

Les coûts annuels de la SEP les coûts directs et les coûts indirects représentent en Suisse quelque 270 mio de CHF et 65 000 CHF par patient. Une bonne moitié des coûts sont causés par les coûts indirects, à savoir par les soins informels, et en particulier les pertes de productivité. Pour ces derniers, la cause principale est le taux élevé de retraites anticipées parmi les malades atteints de SEP. Les coûts médicaux directs, qui englobent les dépenses de santé, représentent un peu plus d'un tiers des coûts globaux. Si l'on tient compte en outre des coûts intangibles, les coûts moyens annuels par patient augmentent de 23 000 CHF, ce qui aboutit à des coûts globaux à hauteur de 700 mio de CHF.

Source: Kobelt et al. (2006a), calculs personnels.

formels par jour. Compte tenu du revenu moyen disponible, cela revient à des coûts annuels moyens par patient à hauteur d'au minimum 9000 CHF. Par comparaison avec les pertes de productivité, qui sont responsables de quelque 40 pour cent des coûts globaux, les soins informels ne représentent toutefois qu'une faible part des coûts indirects. Une estimation des soins informels par la méthode des coûts de remplacement (voir chapitre 2.3) aboutirait toutefois à un chiffre nettement plus élevé. Les pertes de productivité, qui représentent en moyenne 25 000 CHF par patient et par an, ont été calculées par la méthode du capital humain. Environ un tiers des patients ont pris une retraite anticipée à l'âge moyen de 42 ans du fait de la maladie. Avec des coûts annuels de 24 000 CHF par patient, la retraite anticipée constitue ainsi la part principale des pertes de

productivité. Un calcul par la méthode des coûts de friction aboutirait ici à des coûts nettement inférieurs.

Contrairement à la plupart des autres études, Kobelt et al. (2006a et 2006b) calculent en plus les coûts intangibles de la maladie. Selon l'étude, la qualité de vie moyenne des patients atteints de SEP est d'environ un tiers inférieure de celle de la population normale. La perte consécutive d'années de vie corrigées des variations qualitatives a été ensuite évaluée en termes monétaires (voir à cet égard chapitre 2.3). Cela conduit à des coûts intangibles annuels à hauteur de 23 000 CHF. Ainsi les coûts globaux annuels de la SEP augmentent-ils de 35 pour cent pour atteindre respectivement 88 000 CHF par patient et 700 mio de CHF au total.

5.2 Septicémie

Dans le cas d'une septicémie (ou empoisonnement du sang), il s'agit d'une maladie infectieuse généralisée.¹⁵ Les agents pathogènes sont des bactéries, des virus ou des champignons qui pénètrent le plus souvent dans l'organisme via des plaies, une lésion cutanée ou les poumons. Si le système immunitaire est affaibli, ils peuvent parvenir dans la circulation générale via le sang ou les voies lymphatiques et être ainsi transportés jusque dans des organes vitaux, où ils provoquent des infections. On distingue entre septicémie, septicémie sévère et choc septique. Une septicémie traitée à temps présente des chances de guérison relativement grandes. En revanche, une septicémie traitée trop tard ou non traitée peut avoir des conséquences mortelles lorsqu'elle aboutit à une défaillance d'organe. La septicémie sévère et le choc septique comptent parmi les causes de décès les plus fréquentes dans les unités de soins intensifs. Pour les traiter, on dispose de médicaments pour combattre les maladies infectieuses. En cas de septicémie sévère et de choc septique, un traitement immédiat en unité de soins intensifs est impératif.

L'incidence ou le taux de mortalité de la septicémie sont en principe sous-estimés dans les statistiques, car la septicémie se développe souvent à partir d'autres maladies de fond et n'est donc pas toujours déclarée comme cause du décès. C'est ainsi que, pour calculer la prévalence dans les données relatives à la mortalité, Schmid et al. (2004) recensent non seulement les décès déclarés comme septicémie, mais également les défaillances d'organe qui ont été causées selon toute vraisemblance par une septicémie.

¹⁵ Voir à cet égard et ci-après www.sepsis-gesellschaft.de; www.sprechzimmer.ch → Krankheitsbilder → Blutvergiftung, Sepsis, accès le 13.07.2011.

Tableau 5 | Coûts de la septicémie sévère

| | Par patient en CHF/a | Coûts CH en mio de CHF/a (low) | Coûts CH en mio de CHF/a (high) | En pourcentage des coûts globaux |
|----------------------------|---------------------------------|---|--|---|
| Coûts médicaux directs | 41 790 | 146 | 355 | 29.6 % |
| Dont coûts des médicaments | 8 020 | 28 | 68 | 5.7 % |
| Coûts non médicaux directs | n.i. | n.i. | n.i. | n.i. |
| Total coûts directs | 41 790 | 146 | 355 | 29.6 % |
| Soins informels | | | | 0.0 % |
| Pertes de productivité | 99 271 | 347 | 844 | 70.4 % |
| Total coûts indirects | 99 271 | 347 | 844 | 70.4 % |
| Coûts globaux | 141 061 | 493 | 1 199 | 100.0 % |

Les indications se réfèrent aux coûts annuels en CHF 2001

Les coûts globaux ont été extrapolés dans l'hypothèse de respectivement 3 500 et 8 500 patients
low: limite inférieure avec 3 500 patients; high: limite supérieure avec 8 500 patients

Les coûts annuels pour septicémie sévère se situent en Suisse entre respectivement 500 mio de CHF et 1.2 mia de CHF, et 140 000 CHF par patient. Ce faisant, on part d'une prévalence de 3500 à 8500 et d'un taux de mortalité de 50 %. Plus de 70 % des coûts sont imputables à des pertes de productivité, en particulier en raison de la mort prématurée. Les coûts médicaux directs par patient sont également relativement élevés, car il s'agit de séjours dans une unité de soins intensifs.

Source: Schmid et al. (2004).

Schmid et al. (2004) calculent les coûts de la septicémie sévère pour la Suisse; les données sont présentées au tableau 5. Selon leurs calculs, de 5 800 à 14 000 cas de septicémie sont traités en Suisse chaque année, dont quelque 60 pour cent sont des septicémies sévères. Les coûts sont extrapolés au moyen de 61 dossiers de patients de l'année 2001, soit environ un pour cent des cas annuels. Ces patients sont âgés en moyenne de 62 ans. La durée moyenne de séjour dans l'unité de soins intensifs a été de 13 jours, et le taux de mortalité s'est situé à près de 50 pour cent, aucun rapport entre mortalité et âge n'ayant en l'occurrence été identifié.

Les coûts globaux par patient sont de 140 000 CHF, ce qui – dans l'hypothèse d'un nombre total de 3500 cas (limite inférieure) de septicémie sévère – aboutit à des coûts globaux à hauteur d'environ 500 mio de CHF. Pour une prévalence

de 8500 (limite supérieure), les coûts globaux sont de 1.2 mia de CHF. Cela ne comprend toutefois que les coûts générés pendant le traitement à l'hôpital; les coûts résultant de complications éventuelles d'une septicémie à laquelle le patient a survécu ainsi que les coûts subséquents advenant dans le domaine ambulatoire n'ont pas été pris en compte. Les coûts directs, qui correspondent aux coûts générés par le séjour dans l'unité de soins intensifs, représentent environ 30 pour cent des coûts globaux. Ce faisant, les patients qui ne survivent pas à la septicémie génèrent des coûts directs moyens plus élevés par patient que ceux qui survivent. Les coûts en personnel constituent la moitié des coûts directs; 20 pour cent des coûts sont imputables aux médicaments.

Les coûts indirects ne comportent que les pertes de productivité, pour le calcul desquelles la méthode du capital humain a été appliquées. Ont été recensés, en l'occurrence, l'absence pour maladie sur le lieu de travail (uniquement pendant la période d'hospitalisation), la mise à la retraite anticipée et la mort prématurée. Les coûts se montent en moyenne à près de 100 000 CHF par patient. 95 pour cent de ce montant sont imputables à la mort prématurée. Les coûts élevés par patient s'expliquent par le fait que, contrairement aux autres études réalisées, les pertes de productivité ont été calculées non pas pour un an, mais pour la durée de vie globale ou jusqu'à la mise à la retraite (65 ans).

5.3 Polyarthrite rhumatoïde

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est la maladie rhumatologique inflammatoire des articulations la plus fréquente.¹⁶ Ce sont la plupart du temps les doigts et les poignets qui sont touchés, mais d'autres articulations peuvent également être atteintes. On en ignore pour l'instant la cause, mais l'on pense qu'il s'agit d'une maladie auto-immune dans laquelle des cellules du système immunitaire attaquent des substances endogènes. Les inflammations qui en résultent peuvent attaquer et détruire les os et les cartilages des articulations concernées. La maladie chronique évolue le plus souvent par poussées et provoque de fortes douleurs, des limitations au niveau de l'appareil locomoteur et une fatigue due à l'inflammation. La PR débute généralement entre 40 et 60 ans, mais tous les groupes d'âge peuvent être concernés. La prévalence augmente avec l'âge. Les femmes sont touchées deux à trois fois plus souvent que les hommes. Le traitement de la PR doit commencer aussi tôt que possible par voie médicamenteuse pour prévenir les lésions tissulaires. On recourt à cet effet à des médicaments qui régulent le système immunitaire, inhibent l'inflammation et atténuent la dou-

¹⁶ Voir à cet égard et ci-après www.rheuma-schweiz.ch/go2/de/141; www.sprechzimmer.ch
→ Krankheitsbilder → Rheumatoide Arthritis, Polyarthritits chronische, accès le.07.2011.

Tableau 6 | Coûts de la polyarthrite rhumatoïde

| | Par patient en CHF/a | Coûts CH en mio de CHF/a | En pourcentage des coûts globaux |
|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---|
| Coûts médicaux directs | 16 120 | 790 | 32.9 % |
| Dont coûts des médicaments | 6 655 | 326 | 13.6 % |
| Coûts non médicaux directs | 5 675 | 278 | 11.6 % |
| Total coûts directs | 21 794 | 1 068 | 44.5 % |
| Soins informels | 10 457 | 512 | 21.4 % |
| Pertes de productivité | 16 720 | 819 | 34.1 % |
| Total coûts indirects | 27 177 | 1 332 | 55.5 % |
| Coûts globaux | 48 972 | 2 400 | 100.0 % |

Les indications se réfèrent aux coûts annuels en CHF 2006 (Les valeurs en euros ont été converties sur la base des parités de pouvoir d'achat)

Coûts globaux extrapolés dans l'hypothèse de 49 000 malades atteints de PR

Les coûts annuels de la PR représentent respectivement quelque 2.4 mia de CHF pour la Suisse et 49 000 CHF par patient. Ce faisant, les coûts indirects font un peu plus de la moitié. Un tiers des coûts est imputable aux coûts médicaux directs et un tiers aux pertes de productivité. Les indications ne reposent toutefois pas sur des données suisses, mais ont été extrapolées pour la Suisse sur la base de données d'autres pays.

Source: Lundkvist et al. (2008).

leur. Il existe une autre mesure thérapeutique, à savoir le traitement par voie chirurgicale, dans lequel on opère les altérations les plus sévères des articulations.

Rheuma Schweiz¹⁷ indique pour la Suisse un taux de prévalence de 1 pour cent; le taux d'incidence se situe, quant à lui, autour de 30 nouveaux cas pour 100 000 habitants. Lundkvist et al. (2008) considèrent un taux de prévalence de 0.66 pour cent pour l'Europe centrale et l'Europe du Nord, et aboutissent ainsi pour la Suisse à 49 000 malades en 2006.

Les coûts globaux de la PR pour la Suisse sont présentés au tableau 6. Selon Lundkvist et al. (2008), les coûts annuels se situent à hauteur de 2.4 mia de CHF et à une moyenne de 49 000 CHF par patient. Ce faisant, il ne s'agit toutefois pas de données suisses. Pour calculer les coûts, on a eu recours à des données de

¹⁷ www.rheuma-schweiz.ch/go2/de/160, accès le 13.07.2011.

différents pays européens publiées dans d'autres études. Les coûts moyens calculés par patient pour différents types de ressources ont été adaptés au niveau des prix de la Suisse, puis extrapolés au taux de prévalence. Les coûts médicaux directs représentent environ un tiers des coûts globaux, dont un peu plus de 40 pour cent de coûts imputables aux médicaments. Au total, les coûts directs sont responsables de 45 pour cent des coûts globaux; ainsi les coûts indirects représentent-ils plus de la moitié. La part des soins informels est de plus de 20 pour cent, et les pertes de productivité sont de 34 pour cent des coûts globaux. Les coûts intangibles de la polyarthrite rhumatoïde n'ont pas été déterminés dans l'étude de Lundkvist et al. (2008).

5.4 Démence

Sous le terme de démence – un déficit de capacités cognitives, émotionnelles et sociales –, on rassemble plus de 50 maladies, la forme la plus fréquente étant en l'occurrence la maladie d'Alzheimer.¹⁸ Les causes de la maladie d'Alzheimer ne sont pour l'instant pas totalement élucidées. Du fait de la dégénérescence progressive et irréversible de la fonction cérébrale, il se produit une perte de la fonction mnésique ainsi qu'une dégradation des facultés cognitives, du langage et de l'habileté pratique, ce qui entraîne une perte de l'autonomie. Ce sont essentiellement les personnes de plus de 65 ans qui sont atteintes de démence. Les femmes sont un peu plus souvent touchées que les hommes, ce qui s'explique entre autres par leur plus longue espérance de vie, car l'âge est le principal facteur de risque de démence. La démence reste aujourd'hui incurable, même s'il existe depuis quelques années des médicaments dits «antidémence», qui peuvent retarder de quelques années le cours de la maladie. Ceux-ci n'agissent toutefois que si la démence est détectée et traitée précocement.

En Suisse, on estime qu'il existe environ 100 000 personnes atteintes (Kraft et al., 2010). Compte tenu de l'évolution démographique, on considère que ce chiffre va augmenter en permanence.

Selon Kraft et al. (2010), les coûts de la démence représentent en Suisse plus de 6 mia de CHF pour l'année 2007 (voir tableau 7). Par patient, les coûts annuels générés par des soins en établissement médico-social (EMS) sont de 69 000 CHF et ceux générés par des soins à domicile sont de 55 000 CHF. S'agissant des coûts globaux à l'échelle de la Suisse, il a été considéré que 58 pour cent des malades atteints de démence vivaient dans un EMS, tandis que les 42 pour cent

¹⁸ Voir à cet égard et ci-après www.alz.ch/f/html/alzheimer+28.html; www.sprechzimmer.ch → Krankheitsbilder → Demenz, Altersdemenz, accès le 13.07.2011.

Tableau 7 | Coûts de la démence

| | Par patient en EMS en CHF/a | Par patient à domicile en CHF/a | Coûts CH en mio de CHF/a | En pourcentage des coûts globaux |
|------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------|---|
| Coûts médicaux directs | 68 891 | 8 720 | 3 486 | 55.7 % |
| Dont coûts des médicaments | 266 | 266 | 27 | 0.4 % |
| Coûts non médicaux directs | n.i. | n.i. | n.i. | n.i. |
| Total coûts directs | 68 891 | 8 720 | 3 486 | 55.7 % |
| Soins informels | 0 | 46 581 | 2 771 | 44.3 % |
| Pertes de productivité | n.i. | n.i. | n.i. | n.i. |
| Total coûts indirects | 0 | 46 581 | 2 771 | 44.3 % |
| Coûts globaux | 68 891 | 55 301 | 6 257 | 100.0 % |

Les indications se réfèrent aux coûts annuels en CHF 2007 (Les valeurs en euros ont été converties sur la base des parités de pouvoir d'achat)

Coûts globaux extrapolés dans l'hypothèse de 102 560 malades atteints de démence

Les coûts annuels pour démence représentent en Suisse quelque 6 mia de CHF, soit environ 60 000 CHF par patient, étant entendu que les coûts directs non-médicaux n'ont pas pu être déterminés faute de données. Les patients vivant dans un EMS génèrent des coûts plus élevés que ceux qui sont soignés à domicile. La plus grande partie des coûts revient globalement aux soins – que ce soit en EMS ou à domicile. Etant donné que la plupart des malades atteints de démence sont âgés de plus de 65 ans, il n'a pas été calculé de pertes de productivité sur le marché du travail.

Source: Kraft et al. (2010).

restants étaient soignés à domicile. Les coûts médicaux directs représentent plus de la moitié des coûts globaux, la part principale revenant aux coûts générés par les soins. Pour les patients vivant en EMS, les coûts des soins se montent à 68 400 CHF. Pour les patients soignés à domicile, les soins professionnels – Spitex, par exemple – constituent environ 60 pour cent des coûts médicaux directs. De même, les traitements hospitaliers représentent une part élevée, qui n'a toutefois été calculée que pour les patients soignés à domicile. N'ont pas été pris en compte les coûts générés par les moyens auxiliaires ou par les transformations de l'habitation nécessitées par la maladie, de sorte que l'on ne connaît pas les coûts directs non médicaux.

Pour calculer les soins informels, on a utilisé la méthode des coûts de remplacement; autrement dit, le temps consacré à dispenser des soins a été évalué

selon le salaire du marché dans le domaine des soins. Il en résulte pour une moyenne de 3.2 heures de soins par jour des coûts annuels à hauteur d'environ 47 000 CHF. Les pertes de productivité n'ont pas été incluses dans les coûts, car la majorité des patients sont âgés de plus de 65 ans, et les pertes de productivité pour capacités de travail restreintes ou mise à la retraite anticipée sont donc limitées. Les coûts intangibles concernant les malades ou les proches dispensant des soins n'ont pas été chiffrés dans l'étude de Kraft et al. (2010).

5.5 Cancer

Le cancer est un terme générique désignant différents tableaux cliniques des organes; en général, on entend par là des tumeurs malignes.¹⁹ Celles-ci se développent à partir de cellules tissulaires initialement normales, qui se multiplient de manière incontrôlée et qui pénètrent dans les tissus environnants, qu'elles détruisent. Ces cellules cancéreuses peuvent se disperser dans d'autres parties du corps et former ce que l'on appelle des métastases. Il existe par ailleurs aussi des maladies systémiques malignes, qui représentent 5 pour cent des cancers. Dans ce cas, ce n'est pas seulement un organe qui est atteint, c'est le système sanguin ou le système lymphatique dans son ensemble qui est touché (leucémie, par exemple). Les méthodes de traitement varient selon le type de tumeur. Pour procéder à l'élimination de la tumeur, on dispose de la chirurgie, de la radiothérapie ou de traitements médicamenteux. Au cours des dernières décennies, le taux de mortalité a baissé pour la plupart des localisations cancéreuses en raison des progrès enregistrés en oncologie (Wilking et Jönsson, 2005).

En Suisse, selon l'office fédéral de la statistique, on enregistre chaque année quelque 36 000 nouveaux cas, la mortalité par cancer étant, quant à elle, de 16 000. On ne dispose de chiffres de prévalence que pour le cancer du sein (72 000) et le cancer du côlon (32 000) (OFS, 2011b).

Le tableau 8 présente les coûts du cancer calculés par Jönsson et Wilking (2007) pour la Suisse. Ce faisant, d'autres études ont recensé la part des dépenses de santé liées au cancer par rapport à l'ensemble des dépenses de santé. Contrairement aux autres études analysées, les coûts n'ont donc pas été déterminés par patient, puis extrapolés, mais les coûts globaux ont été calculés directement selon le principe du «top-down». Pour la Suisse, par manque de données, une part moyenne des coûts de 6.6 pour cent aux dépenses de santé globale a été admise pour le traitement du cancer sur la base des résultats provenant d'autres pays. Pour l'année 2004, il s'ensuit des coûts directs à hauteur de 3 mia de CHF.

¹⁹ Voir à cet égard et ci-après www.liguecancer.ch/fr/a_propos_du_cancer, accès le 13.07.2011.

Tableau 8 | Coûts du cancer

| | Par tête^{a)} en CHF/a | Coûts CH en mio de CHF/a | En pourcentage des coûts globaux |
|----------------------------|---|-------------------------------------|---|
| Coûts médicaux directs | 414 | 3 062 | 40.0 % |
| Dont coûts des médicaments | 33 | 241 | 3.2 % |
| Coûts non médicaux directs | n.i. | n.i. | n.i. |
| Total coûts directs | 414 | 3 062 | 40.0 % |
| Soins informels | n.i. | n.i. | n.i. |
| Pertes de productivité | 622 | 4 593 | 60.0 % |
| Total coûts indirects | 622 | 4 593 | 60.0 % |
| Coûts globaux | 1 036 | 7 655 | 100.0 % |

Les indications se réfèrent aux coûts annuels en CHF 2004 (Les valeurs en euros ont été converties sur la base des parités de pouvoir d'achat)

a) Faute de données sur la prévalence, aucun coût par patient n'a pu être recensé.

Les valeurs par tête ont été calculées pour une population de 7 390 000 pour l'année 2004.

En Suisse, les coûts annuels du cancer sont d'environ 7.7 mia de CHF. Ce montant repose sur l'hypothèse selon laquelle les coûts médicaux directs représentent 6.6 % de l'ensemble des dépenses de santé et les coûts indirects (sans les soins informels) une proportion de 60 % des coûts globaux. Par tête, le cancer est responsable annuellement de coûts de plus de 1000 CHF. Les coûts des médicaments représentent en l'occurrence une part de seulement 3.2 %.

Source : Jönsson et Wilking (2007), calculs personnels.

Une grande partie des coûts provient en l'occurrence des soins hospitaliers. Les coûts générés par les médicaments pour traiter les différents types de cancer ont été calculés dans l'hypothèse où ils représenteraient 5 pour cent de l'ensemble des dépenses consacrées aux médicaments. Cela donne pour la Suisse un montant de 240 mio de CHF, soit une part de 8 pour cent aux coûts directs. Pour vérifier la crédibilité de l'estimation, on a analysé la valeur de vente de 67 médicaments anticancéreux parmi les plus utilisés dans le traitement du cancer pour l'année 2004. Avec 223 mio de CHF, il en est résulté pour la Suisse un montant similaire.

Faute de données, les coûts indirects ne sont pas calculés par Jönsson et Wilking (2007). Les auteurs du présent rapport les ont estimés de manière approximative. Dans les études considérées par Jönsson et Wilking (2007), les coûts indirects représentent entre 70 et 85 pour cent. Toutefois, ces études ne sont pas actuelles et, à partir d'analyses menées aux Etats-Unis et en Suède, il appa-

raît que la proportion des coûts indirects a diminué avec le temps. C'est ainsi qu'aux Etats-Unis la proportion est passée de 71 pour cent en 2000 à 65 pour cent en 2002. En Suède, la proportion était de 50 pour cent en 2004, alors qu'elle se situait encore à 57 pour cent quatre ans plus tôt. L'une des raisons en est que l'on dispose constamment de traitements nouveaux et améliorés, qui augmentent les probabilités de survie. Il s'ensuit que les coûts pour pertes de productivité du fait de mort prématurée diminuent, alors qu'ils constituent une grande partie des coûts indirects. Par ailleurs, les prix des médicaments s'élèvent sous l'effet des nouveaux développements, de sorte que les coûts directs augmentent par rapport aux coûts indirects. Compte tenu de ces données, on a retenu une proportion des coûts indirects de 60 pour cent. Il en résulte pour la Suisse des coûts indirects annuels à hauteur de 4.6 mia de CHF et des coûts globaux à hauteur de 7.7 mia de CHF. Là encore, les coûts intangibles n'ont pas été pris en compte.

Pour les tumeurs du cerveau, qui représentent 1.5 pour cent des nouveaux cas par an, Andlin-Sobocki et al. (2005) arrivent à des coûts globaux à hauteur de 175 mio de CHF (voir chapitre 5.7), ce qui correspond à 2.3 pour cent des coûts globaux déterminés pour tous les types de cancer.

5.6 Douleurs lombaires

Les douleurs lombaires sont des douleurs survenant dans la région du rachis lombaire.²⁰ Ce faisant, on parle de douleurs lombaires aiguës pour une durée inférieure à six semaines, et de douleurs lombaires chroniques pour une durée supérieure à douze semaines. Des causes diverses peuvent être à l'origine des troubles; dans de nombreux cas, la cause n'est pas identifiable. Les douleurs lombaires chroniques peuvent être dues à d'autres maladies chroniques ou se développer à partir de douleurs aiguës. Les mesures préventives consistent en un bon entraînement de la musculature du dos. En cas de douleurs aiguës, on peut prendre des médicaments antidouleur, de manière à pouvoir poursuivre ses activités quotidiennes. Si les douleurs persistent, on recommande la gymnastique médicale, les massages, etc. En cas de douleurs chroniques, ce sont avant tout l'acupuncture et les mesures de thérapie comportementale qui s'avèrent les plus efficaces.

²⁰ Voir à cet égard et ci-après Chambre fédérale des médecins (Bundesärztekammer/BÄK), Union fédérale des médecins de caisse (Kassenärztliche Bundesvereinigung/KBV), Groupe de travail des sociétés des sciences médicales (AWMF), Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz – Version longue. Version 1.1. 2010 [06.06.2011]: <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz>.

Tableau 9 | Coûts des douleurs lombaires

| | Par patient en CHF/a | Coûts CH en mio de CHF/a (MCH) | En pour- centage | Coûts CH en mio CHF/a (MCF) | En pour- centage des coûts globaux |
|----------------------------|-------------------------|--------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|---|
| Coûts médicaux directs | 1 974 | 2 751 | 26.7% | 2 751 | 37.3% |
| Dont coûts des médicaments | 31 | 42 | 0.4% | 42 | 0.6% |
| Coûts non médicaux directs | 878 | 1 224 | 11.9% | 1 224 | 16.6% |
| Total coûts directs | 2 851 | 3 975 | 38.6% | 3 975 | 54.0% |
| Soins informels | n.i. | n.i. | n.i. | n.i. | k.A. |
| pertes de productivité | 4 529 | 6 316 | 61.4% | 3 390 | 46.0% |
| Total coûts indirects | 4 529 | 6 316 | 61.4% | 3 390 | 46.0% |
| Coûts globaux | 7 381 | 10 291 | 100.0% | 7 365 | 100.0% |

Les indications se réfèrent à des coûts annuels en CHF 2005

Coûts globaux extrapolés dans l'hypothèse de 1 394 318 personnes atteintes

MCH: méthode du capital humain; MCF: méthode des coûts de friction pour calculer les pertes de productivité

Les coûts pour soins informels ne peuvent être documentés séparément; ils sont contenus dans les coûts non médicaux

Les coûts annuels générés par les douleurs lombaires représentent en Suisse quelque 10 mia de CHF, soit 7 400 CHF par patient. Si l'on retient pour le calcul des coûts indirects la méthode des coûts de friction (MCF) au lieu de la méthode du capital humain (MCH), les coûts globaux sont un peu plus faibles avec environ 7 mia de CHF. Les coûts sont en grande partie déterminés par les pertes de productivité, en particulier du fait de la productivité réduite sur le lieu de travail.

Source: Wieser et al. (2010).

Les maux de dos ou les douleurs lombaires comptent parmi les principales raisons de consultation médicale en Suisse. L'enquête suisse de santé menée en 2007 a montré que 47 pour cent des femmes et 39 pour cent des hommes avaient souffert de maux de dos au cours des quatre semaines ayant précédé l'enquête. Parmi eux, 10 pour cent indiquaient souffrir de trouble prononcé (OFS, 2010). Dans le cadre d'une enquête de grande envergure à laquelle avaient participé 16 634 personnes de langue allemande âgées de plus de 18 ans, le MEM Research Center de l'Université de Berne arrive à un taux de prévalence de 24.3 pour cent (voir Wieser et al., 2010).

Wieser et al. (2010) calculent les coûts des douleurs lombaires chroniques pour la Suisse. Le tableau 9 résume les résultats. En 2005, ceux-ci représentaient en

moyenne 7 400 CHF par patient. En raison de la prévalence élevée – environ 1.4 mio de personnes concernées –, les coûts globaux se montent à 10.3 mia de CHF. Les données s'appuient sur une enquête menée auprès de 1 253 personnes qui, lors d'une enquête transversale antérieure réalisée par le MEM Research Center de l'Université de Berne, avaient déjà indiqué souffrir de douleurs lombaires. Chez près de 90 pour cent des personnes interrogées, l'épisode de douleurs lombaires dont elles souffraient présentement durait depuis quatre semaines ou plus. Durant la période où était menée l'enquête, près de la moitié des personnes interrogées ne sollicitaient aucune ressource du système de santé et ne généraient donc pas de coûts médicaux directs.

Les coûts médicaux directs représentent environ un quart des coûts globaux. Ils consistent essentiellement en la prise en charge médicale, la prise en charge ambulatoire – à laquelle 23 pour cent des personnes interrogées avaient fait appel au cours des quatre semaines précédentes – constituant en l'occurrence une part plus importante que la prise en charge à l'hôpital. Ici, la proportion des personnes interrogées qui avaient fait un séjour à l'hôpital ou dans une clinique de réadaptation au cours des douze derniers mois était d'environ 9 pour cent. Les coûts générés par les médicaments constituent une part négligeable; ils représentent en moyenne 30 CHF par année et par patient. Ce faible montant résulte du fait que, d'une part, seules 28 pour cent des personnes interrogées avaient pris des médicaments antidouleur au cours des quatre semaines précédentes et, d'autre part, que ceux-ci sont relativement peu coûteux. L'aide pour les activités quotidiennes génère la majeure partie des coûts directs non médicaux. Environ 7 pour cent des personnes interrogées avaient recouru à une aide de ce type. Cela inclut toutefois aussi l'aide informelle, car aucune distinction n'est faite entre l'aide professionnelle et l'aide dispensée par les proches parents et les amis. Le temps moyen consacré de 6.5 heures par semaine a été évalué sur la base d'un salaire horaire de 23 CHF et donne des coûts moyens de 522 CHF par patient, aucune documentation séparée des coûts des soins informels n'étant en l'occurrence possible.

Les pertes de productivité ont été calculées tant avec la méthode du capital humain qu'avec la méthode des coûts de friction – une période de friction de 22 semaines ayant été admise. Ont été considérés comme pertes de productivité non seulement l'absence sur le lieu de travail pour cause de maladie et la mise à la retraite anticipée, mais également le présentéisme, autrement dit la productivité réduite sur le lieu de travail. Près de 20 pour cent des personnes interrogées ont indiqué être en moyenne d'environ 30 pour cent moins productives. Quelle

que soit la méthode utilisée, il s'agit là de la cause principale des coûts pour pertes de productivité. Avec la méthode du capital humain, cela représente 44 pour cent des coûts; avec la méthode des coûts de friction, cela dépasse même 80 pour cent. Avec la méthode du capital humain, la deuxième part la plus élevée des coûts – soit environ 40 pour cent – revient à l'incapacité de gain de longue durée, qui concerne 4 pour cent des personnes interrogées. Selon la méthode du capital humain, les coûts indirects représentent au total plus de 60 pour cent des coûts globaux. Avec la méthode des coûts de friction, on atteint 46 pour cent. Les chiffres montrent que le choix de la méthode a une influence déterminante sur le résultat. Ainsi, avec la méthode du capital humain, les coûts globaux – soit 10.3 mia de CHF – sont 40 pour cent plus élevés qu'avec la méthode des coûts de friction (7.4 mia CHF). Les coûts intangibles des douleurs lombaires n'ont pas été déterminés dans l'étude.

5.7 Ensemble des maladies du cerveau

L'étude d'Andlin-Sobocki et al. (2005) résume les douze maladies du cerveau les plus fréquentes et les plus coûteuses. Celles-ci peuvent être subdivisées en maladies neurologiques (maladie de Parkinson, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral, épilepsie, migraine, démence), neurochirurgicales (trauma, tumeur du cerveau) et psychiques (troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles de la dépendance, troubles affectifs, démence). A l'aide de données tirées de la littérature existante, Andlin-Sobocki et al. (2005) calculent pour la Suisse une prévalence de plus de 2 mio de cas, ce qui correspond à plus d'un quart de la population totale touchée par l'une de ces maladies. Reste toutefois le problème de la comorbidité, autrement dit de maladies concomitantes, de sorte qu'il existe vraisemblablement des doublons. En ce qui concerne avant tout les maladies psychiques, on observe souvent des diagnostics multiples; c'est ainsi que, lors de troubles de la dépendance, il existe souvent aussi des troubles anxieux ou des dépressions.

Le tableau 10 indique le taux de prévalence des maladies analysées. On peut voir également quels types de coûts sont intégrés dans les coûts globaux. La migraine et les troubles anxieux présentent une prévalence élevée, puisque, à elles deux, elles concernent pratiquement les deux tiers de toutes les personnes malades. Au nombre des troubles anxieux, on compte les troubles paniques, les troubles anxieux généralisés, les phobies spécifiques, les névroses obsessionnelles, l'agoraphobie et la phobie sociale. Par ailleurs, les troubles affectifs, autrement dit la dépression et les maladies maniaco-dépressives, sont aussi relativement répandus. Au total, ces trois maladies génèrent 20 pour cent des coûts

Tableau 10 | Vue d'ensemble des maladies du cerveau

| | Coûts médicaux directs | Coûts non médicaux directs | Coûts indirects ^{a)} | Taux de prévalence CH pour 100 000 habitants | Coûts globaux CH en mio de CHF/a |
|---|------------------------|----------------------------|-------------------------------|--|----------------------------------|
| Maladies neurologiques | | | | 9 667 | 3 753 |
| Maladie de Parkinson | x | x | x | 202 ^{d)} | 402 |
| Sclérose en plaques | x | x | x | 110 | 599 |
| Accident vasculaire cérébral | x | x | x | 137 ^{e)} | 633 |
| Epilepsie | x | x | x | 600 ^{f)} | 772 |
| Migraine | x | | x | 8 619 ^{f)} | 1 347 |
| Maladies neurochirurgicales | | | | 176 | 314 |
| Trauma | x | | | 153 | 139 |
| Tumeur du cerveau | x | x | x | 23 | 175 |
| Maladies neurologiques/psychiques | | | | 992 | 2 898 |
| Démence | x | x | | 992 ^{d)} | 2 898 |
| Maladies psychiques | | | | 17 285 | 11 644 |
| Troubles psychotiques | x | x | | 522 ^{f)} | 1 097 |
| Troubles anxieux | x | | x ^{b)} | 9 784 ^{f)} | 2 271 |
| Troubles de la dépendance (alcool et drogues) | x | x | x ^{c)} | 1 892 ^{f)} | 2 827 |
| Troubles affectifs | x | | x | 5 088 ^{f)} | 5 450 |
| Coûts globaux | | | | | 18 609 |

Les indications se réfèrent à des coûts annuels en CHF 2004 (Les valeurs en euros ont été converties sur la base des parités de pouvoir d'achat). a) Ne comporte que les pertes de productivité; les soins informels n'ont été recensés que pour la sclérose en plaques et la démence; b) Uniquement absentéisme recensé; c) Recensé uniquement pour les drogues; d) Les données reposent sur des personnes âgées de plus de 64 ans; e) Les données reposent sur des personnes âgées de plus de 24 ans; f) Les données reposent sur des personnes âgées de 18 à 65 ans

Le tableau offre un aperçu des différents tableaux cliniques des maladies du cerveau ainsi que des types de coûts recensés. Les coûts directs non médicaux et les coûts indirects n'ont pas été calculés pour toutes les maladies, de sorte que les coûts globaux documentés doivent être compris comme la limite inférieure pour certains tableaux cliniques. Cela vaut en particulier pour la migraine ainsi que pour les troubles anxieux, qui présentent une prévalence élevée en Suisse avec, pour chacun, quelque 9 000 cas pour 100 000 habitants et pour lesquels tous les types de coûts n'ont pas été calculés. De même, les soins informels n'ont pu être recensés que pour deux maladies (la démence et la sclérose en plaques).

Source: Andlin-Sobocki et al. (2005).

Tableau 11 | Ensembles des coûts des maladies du cerveau

| | Par patient en CHF/a | Coûts CH en mio de CHF/a | En pourcentage des coûts globaux |
|----------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Coûts médicaux directs | 2 967 | 6 082 | 32.7 % |
| Dont coûts des médicaments | 216 | 443 | 2.4 % |
| Coûts non médicaux directs | 1 315 | 2 696 | 14.5 % |
| Total coûts directs | 4 282 | 8 778 | 47.2 % |
| Soins informels | 372 | 762 | 4.1 % |
| Pertes de productivité | 4 424 | 9 069 | 48.7 % |
| Total coûts indirects | 4 796 | 9 831 | 52.8 % |
| Coûts globaux | 9 078 | 18 609 | 100.0 % |

Les indications se réfèrent à des coûts annuels en CHF 2004 (les valeurs en euros ont été converties sur la base des parités de pouvoir d'achat)

Coûts globaux extrapolés dans l'hypothèse de 2 049 854 malades

Les maladies du cerveau génèrent chaque année en Suisse 18.6 mia de CHF, soit 9 000 CHF par patient. Les coûts comportent les douze maladies les plus fréquentes et les plus coûteuses. Les coûts directs non médicaux, les pertes de productivité ou les soins informels n'ont toutefois pas été calculés pour toutes les maladies. On peut considérer qu'une prise en compte accrue des soins informels, qui n'ont été recensés que pour deux maladies, augmenterait nettement la part des coûts indirects ainsi que celle des coûts globaux.

Source: Andlin-Sobocki et al. (2005), Jäger et al. (2008).

globaux des maladies du cerveau. En revanche, on dénombre relativement peu de patients atteints de tumeurs du cerveau, de sclérose en plaques ou d'accident vasculaire cérébral. Compte tenu des coûts par cas élevés, ces maladies entraînent toutefois des frais importants pour la Suisse. C'est ainsi qu'un patient atteint d'une tumeur au cerveau génère des coûts 50 fois supérieurs à ceux qu'entraîne un patient migraineux. Etant donné que les différentes maladies ne prennent pas toujours en compte les mêmes catégories de coûts, une comparaison s'avère limitée. Au total, compte tenu de leur fréquence en Suisse, les maladies psychiques considérées dans le cadre des maladies du cerveau génèrent les coûts les plus élevés.

Les coûts globaux des maladies du cerveau sont présentés au tableau 11. Pour la Suisse, les coûts annuels se chiffraient en 2004 à 18.6 mia de CHF. Par patient, ils se montaient en moyenne à 9 000 CHF, dont un tiers incombait aux coûts médicaux directs. Les coûts des médicaments constituaient environ 7 pour cent

de ce montant. Les coûts directs non médicaux correspondaient à environ 15 pour cent des coûts globaux, mais n'ont pas été calculés pour la migraine, le trauma, les troubles anxieux et les troubles affectifs.

Les soins informels n'ont été recensés que pour la démence et la sclérose en plaques; la part de 4 pour cent aux coûts globaux est par conséquent nettement sous-estimée. De même, les pertes de productivité n'ont pas été calculées pour toutes les maladies: elles n'ont pas été prises en compte pour le trauma, la démence et les troubles psychotiques – étant bien considéré que, dans le cas de la démence, la plupart des malades sont âgés de plus de 65 ans et qu'en utilisant la méthode du capital humain on ne déterminerait aucune perte de productivité. Les coûts intangibles n'ont été déterminés pour aucun des tableaux cliniques présentés, lesquels – en raison des limitations qu'entraînent en particulier les maladies du cerveau dans la vie – devraient se révéler importants.

6 Références

- Andlin-Sobocki, P., B. Jönsson, H.-U. Wittchen et J. Olesen (2005):
Cost of Disorders of the Brain in Europe, European Journal of Neurology 12(Suppl. 1), 1–27.
- Beer, S. et J. Kesslerling (1994):
High Prevalence of Multiple Sclerosis in Switzerland, Neuroepidemiology 19, 14–18.
- OFS (2010):
Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007 – Enquête suisse sur la santé, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- OFS (2011a):
Coûts et financement du système de santé – Résultats détaillés 2008 et évolution récente, Actualités OFS, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- OFS (2011b):
Le cancer en Suisse: état et évolution de 1983 à 2007, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Breyer, F., P. Zweifel et F. Kifmann (2005):
Gesundheitsökonomie, 5^e édition, Berlin, Springer Verlag.
- Christensen, K., G. Doblhammer, R. Rau et J. W. Vaupel (2009):
Ageing Populations: The Challenges Ahead, Lancet 374, 1196–1208.
- Drummond, M. F., B. O'Brien, G. L. Stoddart et G. W. Torrance (1997):
Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, 2^e édition, Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press.
- Eichler, H.-G., S. X. Kong et W. C. Gerth et al. (2004):
Use of Cost-Effectiveness Analysis in Health Care Resource Allocation Decision-Making: How are Cost-Effectiveness Thresholds Expected to Emerge?, Value in Health 7, 518–528.
- Eriksson, B. I., L. C. Borris, R. J. Friedman et al. (2008):
Rivaroxaban versus Enoxaparin for Thromboprophylaxis after Hip Arthroplasty, The New England Journal of Medicine 358(26), 2765–2775.
- Frech III, H. E. et R. D. Miller Jr. (1999):
The Productivity of Health Care and Pharmaceuticals: An International Comparison, Washington D.C.: The AEI Press.
- Fries, J. F. (1980):
Ageing, Natural Death, and the Compression of Morbidity, The New England Journal of Medicine 303, 130–136.
- Goers, T. A., M. E. Klingensmith, L. I. Chen et S. C. Glasgow (2008):
The Washington Manual of Surgery, Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Jäger, M., P. Sobocki et W. Rössler (2008):
Cost of Disorders of the Brain in Switzerland, Swiss Medical Weekly 138, 4–11.
- Johannesson, M. (1996):
Theory and Methods of Economic Evaluation of Health Care, Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers.
- Jönsson, B. et N. Wilking (2007):
The Burden and Cost of Cancer, Annals of Oncology 18(Suppl. 3), 8–22.
- Kobelt, G., J. Berg, P. Lindgren, A. Gerfin et J. Lutz (2006a):
Costs and Quality of Life of Patients with Multiple Sclerosis in Switzerland, The European Journal of Health Economics 7 (Suppl. 2), 86–95.
- Kobelt, G., J. Berg, P. Lindgren, S. Fredrikson et B. Jonsson (2006b):
Costs and Quality of Life of Patients with Multiple Sclerosis in Europe, Journal of Neurological Neurosurgery & Psychiatry 77, 918–926.
- Koopmanschap, M. A. et B. M. van Ineveld (1992):
Towards a New Approach for Estimating Indirect Costs of Disease, Social Science and Medicine 34, 1005–2010.
- Kraft, E., M. Marti, S. Werner et H. Sommer (2010):
Cost of Dementia in Switzerland, Swiss Medical Weekly, 140, E1–E8.
- Krauth, C. (2010):
Methoden der Kostenbestimmung in der gesundheitsökonomischen Evaluation, Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 15(5), 251–259.
- Lakdawalla, D. N., D. P. Goldman, P.-C. Michaud et al. (2008):
U.S. Pharmaceutical Policy in a Global Marketplace, Health Affairs 28(1), w138–w150.
- Larg, A. et J. R. Moss (2011):
Cost-of-Illness Studies – A Guide to Critical Evaluation, Pharmacoeconomics 29(8), 653–671.
- Lassen, M. R., W. Ageno, L. C. Borris et al. (2008)
Rivaroxaban versus Enoxaparin for Thromboprophylaxis after Total Knee Arthroplasty, The New England Journal of Medicine 358(26), 2776–2786.
- Law, M. et K. A. Grépin (2010):
Is Newer Always Better? Re-Evaluating the Benefits of Newer Pharmaceuticals, Journal of Health Economics 29, 743–750.
- Lichtenberg, F. R. (2001):
Are The Benefits Of Newer Drugs Worth Their Cost? Evidence From The 1996 MEPS, Health Affairs 20(5), 241–251.
- Lichtenberg, F. R. et S. Virabhak (2007):
Pharmaceutical-Embodied Technical Progress, Longevity, and Quality of Life: Drugs as Equipment for Your Health, Managerial and Decision Economics 28, 371–392.

- Luce, B. R., J. Mauskopf, F. A. Sloan et al. (2006):
The Return on Investment in Health Care: From 1980 to 2000, Value in Health 9(3), 146–156.
- Lundkvist, J., F. Kastäng et G. Kobelt (2008):
The Burden of Rheumatoid Arthritis and Access to Treatment: Health Burden and Costs, The European Journal of Health Economics 8 (Suppl. 2), 49–60.
- Miller Jr., R. D. et H. E. Frech III (2004):
Health Care Matters. Pharmaceuticals, Obesity, and the Quality of Life, Washington D.C.: AEI Press.
- Murphy, K. M. et R. H. Topel (2006):
The Value of Health and Longevity, Journal of Political Economy 114(5), 871–904.
- Niehaus, F. (2006):
Alter und steigende Lebenserwartung – Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben, Köln: WIP Wissenschaftliches Institut der PKV.
- Nocera, S., D. Bonato et H. Telser (2002):
The Contingency of Contingent Valuation, International Journal of Health Care Finance and Economics 2(3), 219–240.
- Nocera, S., H. Telser et D. Bonato (2003):
The Contingent Valuation Method in Health Care: An Economic Evaluation of Alzheimer's Disease, Kluwer Academic Publishers: Boston, Dordrecht, London.
- Olshansky, S. J., M. A. Rudberg, B. A. Carnes et al. (1991):
Trading Off Longer Life for Worsening Health: The Expansion of Morbidity Hypothesis, Journal of Aging and Health 3, 194–216.
- Samuelson, P. A. (1976):
Economics, 10^e édition, New York: McGraw-Hill.
- Schmid, A., J. Pugin, J. C. Chevolet et al. (2004):
Burden of Illness Imposed by Severe Sepsis in Switzerland, Swiss Medical Weekly 134(7/8), 97–102.
- Schöffski, O. et J.-M. Graf v. d. Schulenburg (Hrsg.) (2008):
Gesundheitsökonomische Evaluationen, 3^e édition, Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Stoker, D. L., D. J. Spiegelhalter, R. Singh et J. M. Wellwood (1994):
Laparoscopic versus Open Inguinal Hernia Repair: Randomized Prospective Trial, The Lancet 343, 1243–1245.
- Telser, H. (2002):
Nutzenmessung im Gesundheitswesen – Die Methode der Discrete-Choice-Experimente, Hamburg: Verlag Dr. Kova.

- Telser, H., S. Vaterlaus, P. Zweifel et P. Eugster (2004):
Was leistet unser Gesundheitswesen?, Zürich: Verlag Rüegger.
- Van den Hout, W. B. (2010):
The Value of Productivity: Human-Capital versus Friction-Cost Method, *Annals of the Rheumatic Diseases* 69 (Suppl. 1), 89–91.
- Verstappen, S. M. M., A. Boonen, H. Verkleij et al. (2005):
Productivity Costs among Patients with Rheumatoid Arthritis: The Influence of Methods and Sources to Value Loss of Productivity, *Annals of the Rheumatic Diseases* 64, 1754–1760.
- Wieser, S., B. Horisberger, S. Schmidhauser et al. (2010):
Cost of Low Back Pain in Switzerland in 2005, *The European Journal of Health Economics*, 1–13.
- Wilking, N. et B. Jönsson (2005):
A Pan-European Comparison Regarding Patient Access to Cancer Drugs, Stockholm, Sweden, Karolinska Institutet et Stockholm School of Economics.
- Zhang, W. et A. H. Anis (2010):
The Economic Burden of Rheumatoid Arthritis: Beyond Health Care Costs, *Clinical Rheumatology*, 1–8.
- Zweifel, P. et M. Ferrari (1992):
Is there a Sisyphus Syndrome in Health Care?, in: P. Zweifel et H. Frech III (Editeurs), *Health Economics Worldwide*, Dordrecht, Boston, London, Kluwer Academic Publishers, 311–330.
- Zweifel, P., L. Steinmann et P. Eugster (2005):
The Sisyphus Syndrome in Health Revisited. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 5(2), 127–145.
- Zweifel, P., H. Telser et S. Vaterlaus (2006):
Consumer Resistance Against Regulation: The Case of Health Care, *Journal of Regulatory Economics* 29(3), 319–332.

Interpharma

Petersgraben 35, case postale
CH-4003 Bâle

Téléphone +41 (0)61 264 34 00

Téléfax +41 (0)61 264 34 01

info@interpharma.ch

www.interpharma.ch