

## 12. Repérer et mettre à profit les données de recherche sur l'utilisation des ressources et le coût associé aux propositions de politiques ou de programmes

---

*Andrew D Oxman<sup>1\*</sup>, Atle Fretheim<sup>2</sup>, John N Lavis<sup>3</sup> et Simon Lewin<sup>4</sup>*

Oxman AD, Fretheim A, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 12. Finding and using research evidence about resource use and costs.** Health Research Policy and Systems; 2009, **7(Suppl 1):S12** doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S12.

<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s12.pdf>

1. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
2. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway
3. Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
4. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa

\* Personne-ressource principale ([oxman@online.no](mailto:oxman@online.no))

Il s'agit de la traduction d'un article publié dans le Health Research Policy and Systems, 2009; 7:Supplement 1 ([www.health-policy-systems.com/supplements/7/S1](http://www.health-policy-systems.com/supplements/7/S1)). La reproduction, la distribution et l'utilisation de ces articles, par quelque moyen que ce soit, sont permises à condition d'en citer la source. Le site Web SUPPORT ([www.support-collaboration.org](http://www.support-collaboration.org)) renferme les hyperliens vers les versions chinoise, française, portugaise et espagnole. Vous pouvez envoyer vos commentaires sur la façon d'améliorer les outils présentés dans cette série de documents, par courriel, à : [STP@nokc.no](mailto:STP@nokc.no).

Cette série d'articles a été préparée dans le cadre du projet SUPPORT, parrainé par le programme INCO du sixième programme cadre de la Commission européenne, numéro de contrat 031939. L'Agence norvégienne de coopération pour le développement (NORAD), l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé et le Milbank Memorial Fund ont financé une réunion visant l'examen par des pairs d'une version initiale de la série. John Lavis a touché un salaire de la Chaire de recherche du Canada sur le transfert et l'échange des connaissances. NORAD, la composante norvégienne du groupe Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), le Centre norvégien de connaissances pour les services de santé, l'AHPSR, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), l'Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) et l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) ont participé à la traduction et à la diffusion des articles. Aucun des bailleurs de fonds n'a influé sur la rédaction, la révision ou l'approbation du contenu de la série.

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a traduit cet article en français avec l'appui du Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) et de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS).



---

# Résumé

*Le présent article fait partie d'une série de documents à l'intention des personnes chargées de prendre des décisions relativement aux politiques et aux programmes de santé ainsi que de celles qui les assistent.*

Le présent article porte sur l'utilisation et le coût des ressources. Les conséquences (avantages et inconvénients) d'une proposition de politique ou de programme sur l'utilisation des ressources diffèrent à plusieurs égards des autres répercussions. Cependant, les considérations entourant cette question sont semblables à celles d'autres incidences, en ce sens que les responsables de politiques et leur personnel doivent déterminer l'importance des impacts des propositions envisagées sur l'utilisation des ressources, obtenir et évaluer les meilleures données probantes disponibles au sujet de ces impacts et s'assurer que les valeurs monétaires appropriées leur ont été attribuées. Nous proposons quatre questions à envisager au moment d'évaluer les conséquences d'une proposition sur le plan de l'utilisation des ressources et des coûts : 1. Quels sont les impacts les plus importants sur l'utilisation des ressources? 2. Sur quelles données probantes l'évaluation d'impact est-elle fondée? 3. Quel est le degré de fiabilité des données probantes relatives aux impacts sur l'utilisation des ressources? 4. Le coût véritable des impacts sur l'utilisation des ressources a-t-il été évalué comme il se doit?

---

## À PROPOS DES OUTILS DU PROJET SUPPORT

---

*Le présent article fait partie d'une série de documents destinés aux personnes chargées de prendre des décisions relativement aux politiques et aux programmes de santé et à celles qui les assistent, dans le but de les aider à s'assurer que leurs décisions sont bien éclairées par les meilleures données de recherche disponibles. L'introduction décrit plus en profondeur les outils du projet SUPPORT et les manières dont ils peuvent être utilisés [1]. Le glossaire de la série est joint à chaque article (voir le fichier complémentaire 1). Les résumés des études méthodiques préparés dans le cadre du projet SUPPORT peuvent être consultés à [www.support-collaboration.org](http://www.support-collaboration.org) (en anglais). Des résumés en français, espagnol, portugais et chinois seront affichés sur ce site au cours de 2010 ([www.support-collaboration.org/supporttool.htm](http://www.support-collaboration.org/supporttool.htm)). Toute rétroaction visant l'amélioration des outils abordés dans la série est la bienvenue et doit être envoyée à [STP@nokc.no](mailto:STP@nokc.no).*

---

## SCÉNARIO

---

*Vous travaillez au ministère de la Santé et la ministre vous a demandé de lui soumettre une note préparatoire sur le coût des propositions envisagées dans le cadre d'un programme de réforme des services de santé.*

---

## CONTEXTE

---

Aux responsables de politiques et aux personnes qui les assistent, le présent article propose quatre questions à envisager au moment d'évaluer le coût d'une proposition de politique ou de programme. Ces questions peuvent s'appliquer, par exemple, au scénario décrit précédemment. Le présent article porte sur la recherche et la mise à profit de données probantes relatives à l'utilisation des ressources et au coût d'une proposition de politique ou de programme plutôt que sur le rapport coût-efficacité ou d'autres types d'analyses économiques.

Les responsables de politiques veulent s'assurer que les politiques sont rentables, tout comme le souhaitent les personnes touchées par ces politiques. Aussi est-il essentiel de prendre en considération le coût des propositions envisagées de même que leurs impacts sur la santé, notamment. Le coût d'une proposition diffère des autres types d'impacts, et ce, à plusieurs égards [2]:

- *En règle générale, le coût des services de santé est partagé.* Pour ce qui est de la plupart des répercussions autres que le coût, il est habituellement facile de voir qui sera désavantagé par la proposition envisagée ou qui pourra en tirer profit, bien qu'il n'en soit pas nécessairement ainsi pour tous les résultats. Un programme de vaccination sera profitable à l'ensemble de la collectivité en raison de l'immunité

grégaire (ou collective) qui accroît l'efficacité vaccinale (les possibilités de transmission d'une maladie diminuent lorsque la plupart des membres de la collectivité ont été vaccinés). De même, le recours généralisé aux antibiotiques pour traiter certaines infections peut avoir des effets néfastes indirects sur l'ensemble de la collectivité, car cette pratique favorise la pharmacorésistance. Il s'agit là d'exceptions en ce qui concerne les résultats pour la santé. Par ailleurs, le coût des services de santé est généralement partagé entre le gouvernement, les assureurs privés, les employeurs et les patients. De plus, au sein d'une société, le partage du coût peut différer davantage en fonction de l'âge des patients (p. ex., s'ils ont moins ou plus de 65 ans) ou selon leur situation (p. ex., s'ils reçoivent de l'aide sociale)

- *Les coûts unitaires ont tendance à varier beaucoup d'une province ou d'un pays à l'autre.* Par exemple, le coût unitaire des médicaments n'a pas grand-chose à voir avec le coût réel de production, mais il est davantage lié aux décisions commerciales et aux politiques nationales. Ainsi, la plupart des médicaments brevetés coûtent beaucoup plus cher aux États-Unis qu'au Canada [3]. En outre, les coûts peuvent aussi varier considérablement au sein des mêmes provinces ou pays. Les établissements hospitaliers et les organismes de soins de santé intégrés sont parfois en mesure de négocier auprès des sociétés pharmaceutiques des prix beaucoup plus bas que ce que paient les patients ou d'autres prestataires de services de santé. Les coûts unitaires varient aussi au fil du temps à cause de l'inflation, mais également en raison de facteurs liés à la demande (p. ex., lorsqu'un médicament est indiqué pour une gamme croissante d'applications cliniques) et à l'offre (p. ex., quand le brevet d'un médicament est expiré)
- *L'utilisation des ressources peut varier d'une province ou d'un pays à l'autre.* Outre le coût unitaire, la quantité de ressources utilisées peut également varier en raison de facteurs divers, tels que les pratiques professionnelles (p. ex., la fréquence à laquelle les cliniciens prescrivent un test diagnostique pour un problème de santé donné), la configuration des services (p. ex., l'équilibre entre les soins de première ligne et les soins secondaires), le degré d'adhésion des patients au traitement recommandé et les politiques de remboursement
- Les répercussions sur les ressources varient considérablement d'une province ou d'un pays à l'autre. Même lorsque l'utilisation des ressources demeure constante, les répercussions sur les ressources peuvent varier grandement d'une province ou d'un pays à l'autre. Un approvisionnement d'un an d'un médicament très coûteux peut représenter le salaire d'une infirmière aux États-Unis, de six infirmières en Europe de l'Est et de 30 infirmières en Afrique. Ce que l'on peut acheter grâce aux économies réalisées en renonçant à faire l'acquisition d'un médicament, d'un vaccin ou d'une procédure de même qu'aux bienfaits pour la santé découlant de ces dépenses, peut donc différer énormément [4]

- Les parties intéressées ont des perspectives différentes de l'enveloppe budgétaire sur laquelle porte leur évaluation des répercussions sur les ressources. Il se peut que les patients se préoccupent uniquement de ce qu'ils doivent déboursier ou qu'ils aient des opinions diverses au sujet du partage des risques ou de la question de savoir qui doit assumer le coût des services de santé. Les directeurs d'hôpital ou de district, qui gèrent des budgets fixes, peuvent vouloir examiner le coût d'une proposition par rapport à d'autres utilisations possibles des mêmes fonds ou encore les possibilités d'affecter les ressources à une autre utilisation que celle qui a été initialement prévue. Par ailleurs, un ministre de la Santé pourra s'intéresser surtout au coût et au budget des services de santé, tandis que d'autres responsables de politiques (au ministère des Finances, par exemple) adopteront une perspective plus globale pour tenir compte de l'ensemble des finances publiques, y compris les dépenses extra-sanitaires ainsi que l'augmentation ou la réduction de taxes
- *Il y a souvent des intérêts antagonistes en matière de coût.* Par exemple, les intérêts des professionnels de la santé ou des dirigeants d'industrie (qui veulent habituellement gagner autant d'argent que possible) peuvent entrer en conflit avec ceux de la société ou des gouvernements (qui veulent généralement étirer leurs dollars au maximum)

En dépit de ces différences, les considérations entourant la question du coût sont semblables à plusieurs égards à celles d'autres incidences, en ce sens que les responsables de politiques et leur personnel doivent déterminer l'importance des impacts des propositions envisagées sur l'utilisation des ressources, obtenir et évaluer les meilleures données probantes disponibles au sujet de ces impacts et s'assurer que les valeurs monétaires appropriées leur ont été attribuées [5-7]. Toutefois, en raison des différences entre les considérations relatives au coût et d'autres conséquences, l'évaluation des coûts pose des difficultés particulières [2,8]. La figure 1 illustre quatre étapes nécessaires au repérage et à l'intégration des données probantes sur l'utilisation des ressources et le coût lorsqu'on étudie des propositions de politiques ou de programmes.

---

## **QUESTIONS À ENVISAGER**

---

Les questions qui suivent peuvent aider à évaluer les coûts des propositions envisagées :

1. Quels sont les impacts les plus importants sur l'utilisation des ressources?
2. Sur quelles données probantes l'évaluation d'impact est-elle fondée?
3. Quelle est le degré de fiabilité des données probantes relatives aux impacts sur l'utilisation des ressources?
4. Le coût véritable des impacts sur l'utilisation des ressources a-t-il été évalué comme il se doit?

## 1. Quels sont les impacts les plus importants sur l'utilisation des ressources?

Les politiques et les programmes de santé nécessitent l'utilisation de ressources (humaines notamment) et du temps. Lorsqu'ils tentent de déterminer quels impacts sont les plus importants sur l'utilisation des ressources, les responsables de politiques devraient d'abord s'arrêter à l'*utilisation* des ressources plutôt qu'au *coût* (voir l'exemple présenté au tableau 1). Cette évaluation d'impact devra tenir compte en outre des changements dans le recours aux services de santé, des ressources extra-sanitaires ainsi que du temps des patients et des aidants naturels (voir le tableau 2).

Pour déterminer l'importance des impacts sur l'utilisation des ressources, il est essentiel de prendre en considération non seulement les ressources utilisées pour la mise en œuvre de la proposition envisagée (les médicaments, l'équipement et les soins, par exemple), *mais aussi* l'utilisation subséquente des ressources en fonction des répercussions de la proposition sur la santé ou d'autres résultats (p. ex., l'augmentation ou la diminution du recours aux services de santé). Les mesures visant à améliorer l'adhésion des patients au traitement antituberculeux, par exemple, exigent des ressources considérables. Celles-ci peuvent être contrebalancées par les économies réalisées par la suite en raison de la diminution des traitements inopérants et de la propagation de la maladie (et, partant, du recours ultérieur aux ressources pour retraiter ces patients et pour soigner les nouveaux cas d'infection).

Les changements sur le plan de la productivité des patients peuvent aussi être importants. Par exemple, il peut être capital pour les personnes atteintes du sida d'être en mesure de travailler et de gagner leur vie, mais le processus visant à mesurer les changements réels de productivité et à en établir la valeur prête à controverse [9]. Nous nous joignons à d'autres auteurs [2,8,10] pour affirmer qu'il faut considérer ces changements de productivité comme faisant partie de la valeur intrinsèque des changements de l'état de santé et non comme une des conséquences de l'utilisation des ressources.

En revanche, les admissions à l'hôpital et les jours d'hospitalisation, par exemple, peuvent être considérées comme des conséquences tout aussi importantes, en soi et comme composante de l'utilisation des ressources.

Pour décider quelles conséquences de l'utilisation des ressources pourraient être importantes, il faut préciser les perspectives sur lesquelles repose chacune des recommandations. On peut, par exemple, adopter une perspective sociétale, c'est-à-dire un point de vue large qui englobe toutes les ressources liées aux services de santé et les ressources extra-sanitaires [2]. Cette solution comporte un avantage parce que ce n'est pas la question de savoir qui paie qui détermine alors l'inclusion de l'utilisation des ressources dans l'évaluation d'impact.

Il incombe parfois aux responsables de politiques de prendre des décisions au sujet de l'utilisation des ressources au sein d'un système de santé. En ce cas, ils ne sont pas tenus de prendre en compte le coût ou les économies qui ne sont pas directement liés au système, mais cela ne les empêche pas de prendre en considération les impacts d'une proposition sur des enjeux comme les services sociaux ou la criminalité, en plus des résultats pour la santé. Toutefois, les coûts ou les économies associés à ces répercussions ne s'appliqueraient pas au budget des services de santé à moins d'un transfert de fonds (p. ex., de la justice pénale à la santé).

Il importe aussi de préciser l'horizon prévisionnel d'une décision stratégique (c'est-à-dire la période sur laquelle portera l'évaluation de ses impacts sur l'utilisation des ressources ou les résultats pour la santé, notamment).

## **2. Sur quelles données probantes l'évaluation d'impact est-elle fondée?**

Il faut procéder au repérage des données probantes pour chacune des conséquences potentiellement importantes sur l'utilisation des ressources. De plus, il importe d'établir une estimation de la différence, en matière d'utilisation des ressources, entre la mise en œuvre de la politique ou du programme, d'une part, et un élément de comparaison (généralement le statu quo), d'autre part. (Le tableau 3 présente des exemples de ressources et de sources de données permettant de trouver des données probantes relatives aux conséquences sur l'utilisation des ressources.) Tout comme dans le cas des résultats pour la santé et d'autres impacts, la comparaison s'impose, qu'elle soit implicite ou explicite. Par exemple, quand on envisage l'utilisation à grande échelle de la thérapie combinée à base d'artémisinine (TCBA) contre le paludisme non compliqué à *Plasmodium falciparum*, les dépenses accrues liées à la TCBA (et aux changements correspondants dans le recours aux autres antipaludiques) doivent être comparées aux dépenses courantes pour la TCBA et d'autres médicaments antipaludiques (le statu quo). Les autres conséquences sur l'utilisation des ressources de l'accroissement du recours à la TCBA, comme la nécessité de former les travailleurs en santé communautaire chargés de l'exécution du programme de TCBA ou de leur offrir des mesures incitatives à cet égard, doivent aussi être comparées au statu quo (qui peut différer d'un milieu à l'autre). De même, toutes les économies résultant de cette solution (p. ex., moins d'hospitalisations) doivent aussi être comparées au statu quo. Si deux propositions contradictoires sont envisagées en ce qui a trait à l'utilisation à grande échelle de la TCBA, il faudra comparer entre elles les conséquences sur l'utilisation des ressources de *chacune* de ces propositions (soit directement ou indirectement).

Les études méthodiques, les essais cliniques à répartition aléatoire et les études observationnelles peuvent fournir des données probantes relatives aux répercussions des propositions sur l'utilisation des ressources, données qui peuvent être publiées soit dans les comptes rendus d'essais cliniques ou d'évaluations d'impact, soit dans des études distinctes. Par ailleurs, les bases de données nationales ou locales, comme celles

qui portent sur la prescription au regard de l'utilisation des médicaments, et les bases de données des hôpitaux, en ce qui a trait aux hospitalisations, sont d'autres sources utiles [11].

Les données probantes sur l'utilisation des ressources peuvent aussi provenir d'autres sources que celles utilisées pour obtenir des données sur les bienfaits pour la santé, parce que, entre autres raisons :

- Les essais cliniques ou les évaluations d'impact (et les études méthodiques portant sur ces dernières) ne traitent pas en détail de l'utilisation des ressources
- Les essais cliniques et les évaluations d'impact ne rendent pas fidèlement compte de la situation – et donc de l'utilisation des ressources – dans le milieu où la décision stratégique doit être prise
- L'utilisation pertinente des ressources peut s'étendre au-delà de la durée de l'essai clinique ou de l'évaluation d'impact

Les données probantes sur l'utilisation des ressources devraient être présentées en unités naturelles comme le nombre de consultations, de jours d'hospitalisation ou de doses de TCBA, et ce, pour deux raisons. D'abord, lorsqu'on fait état uniquement du coût total (c'est-à-dire le nombre d'unités d'une ressource multiplié par le coût unitaire de celle-ci), on ne peut considérer l'utilisation des ressources indépendamment du coût unitaire, lequel peut varier considérablement d'un milieu à l'autre et dans le temps. Ensuite, sans information au sujet de l'utilisation des ressources, il est difficile de se prononcer sur la validité et l'applicabilité des données probantes.

Malheureusement, les études font parfois état des coûts, mais non des niveaux sous-jacents d'utilisation des ressources. Par exemple, une évaluation économique du recours au sulfate de magnésium pour le traitement de la prééclampsie indique le coût total, mais ne traite ni des ressources utilisées pour le sulfate de magnésium ou l'administration du traitement, ni d'autres ressources hospitalières [12]. Les écarts de coûts pourraient être dus à des différences dans les niveaux sous-jacents d'utilisation des ressources, à des différences de coût unitaire ou aux deux.

Il est souvent impossible de repérer les données probantes relatives à des composantes de l'utilisation des ressources qui sont importantes pour prendre des décisions stratégiques. Par exemple, un groupe d'experts mis sur pied par l'OMS en vue d'élaborer des lignes directrices pour la prévention de l'hémorragie post-partum a trouvé très peu de données probantes sur l'utilisation des ressources pour ce qui est de l'administration de misoprostol par voie orale ou d'oxytocine par voie intramusculaire [8]. Le groupe d'experts a établi que l'hospitalisation, le temps du personnel et les médicaments étaient des conséquences potentiellement importantes de l'utilisation des ressources, mais n'a pu cerner de données probantes pour les deux premiers types de ressources. La recherche documentaire n'a pas permis, en l'occurrence, de déterminer avec certitude les conséquences sur l'utilisation des ressources de ces deux propositions visant à prévenir l'hémorragie post-partum.

### **3. Quelle est le degré de fiabilité des données probantes relatives aux impacts sur l'utilisation des ressources?**

La qualité des données probantes sur l'utilisation des ressources doit être évaluée pour chaque conséquence importante déterminée (voir le tableau 4), la qualité des données pouvant être supérieure pour certaines conséquences (p. ex., le recours aux médicaments) que pour d'autres (p. ex., le temps du personnel). Les critères d'évaluation de la qualité de ces données probantes sont sensiblement les mêmes que dans le cas des résultats pour la santé [2,7,8,13], soit l'évaluation de la méthodologie et des autres limites des études (c.-à-d. le risque de partialité), la précision de l'estimation, la cohérence des résultats, le caractère direct – ou degré d'extrapolation – des données probantes (*directness* – voir ci-dessous) et le risque de biais de publication. Certains facteurs ont souvent pour effet de diminuer la qualité des données probantes (soit ceux qui réduisent la confiance accordée aux estimations des conséquences de l'utilisation des ressources), notamment :

- La non-disponibilité de données due à l'absence de mesure ou de compte rendu de l'utilisation des ressources ou de compte rendu uniquement sous forme de coûts estimatifs (autrement dit, sans les données sur lesquelles les estimations étaient fondées)
- La méthodologie déficiente des études (observationnelles)
- Le caractère indirect ou l'extrapolation approximative (*indirectness*) résultant de l'incertitude quant à la transférabilité des données probantes sur l'utilisation des ressources d'un milieu à un autre
- Le caractère indirect ou l'extrapolation approximative (*indirectness*) résultant de périodes de suivi inadéquates (l'extrapolation requise va au-delà de la durée des études disponibles afin d'estimer les conséquences sur l'utilisation des ressources)

Normalement, l'estimation du rapport coût-efficacité d'une politique ou d'un programme repose sur plusieurs hypothèses de départ. Les modèles économiques employés pour évaluer le rapport coût-efficacité sont très utiles, car ils peuvent aider à expliciter ces hypothèses. Ils permettent aussi d'effectuer des analyses de sensibilité destinées à vérifier la robustesse des estimations du rapport coût-efficacité en regard de ces hypothèses. Il est à noter cependant que les différentes listes de vérification servant à évaluer la qualité des analyses économiques dans la documentation sur les services de santé ne sont pas conçues pour estimer la qualité des données probantes sur lesquelles se fondent ces analyses [14]. En général, elles sont plutôt axées sur la qualité de la méthode d'établissement des rapports.

De plus, bien que les analyses du rapport coût-efficacité publiées puissent être utiles, particulièrement pour élaborer un modèle, elles le sont souvent moins pour les responsables de politiques lorsqu'elles ne se rapportent pas à leur propre milieu. Les hypothèses de départ et les coûts unitaires utilisés ne sont pas nécessairement transférables du milieu où l'analyse a été effectuée à celui dans lequel une décision doit

être prise. En outre, comme dans tout travail de recherche, ces analyses peuvent être lacunaires. Sans avoir à l'esprit l'intégralité du modèle, il est difficile de poser un jugement éclairé, soit sur la qualité des données probantes, soit sur leur applicabilité [2,8,15,16].

#### **4. Le coût véritable des impacts sur l'utilisation des ressources a-t-il été évalué comme il se doit?**

Le fait d'attribuer des valeurs monétaires appropriées à l'utilisation des ressources peut aider les responsables de politiques à évaluer ce facteur de façon cohérente et adéquate (voir au tableau 5 des exemples de sources de données pertinentes). En principe, ces valeurs devraient tenir compte des coûts de renonciation – c'est-à-dire les avantages auxquels on a renoncé en réaffectant les ressources prévues pour la deuxième meilleure utilisation [17].

Le calcul du coût d'après des bases et des sources de données fiables issues de la même province ou du même pays est la façon la plus sûre d'obtenir de l'information pour déterminer le coût unitaire [18]. L'évaluation monétaire de l'utilisation des ressources devrait reposer sur des données propres au contexte dans lequel une décision stratégique doit être prise selon des coûts unitaires transparents et applicables localement. Si ce n'est pas possible, on pourra avoir recours à la parité des pouvoirs d'achat (PPA), aux taux de change et aux facteurs d'extrapolation pour faciliter l'interprétation de l'évaluation monétaire effectuée dans d'autres milieux ou sur d'autres périodes [19]. Ainsi, dans une étude visant à estimer le coût du dépistage du cancer du col utérin dans cinq pays en développement [20], les données sur le coût unitaire portaient sur plus d'une année. On a donc eu recours à des déflateurs nationaux pour ajuster tous les coûts à la même année de référence. De plus, afin de favoriser la comparabilité entre les pays, on a utilisé des taux de change PPA (théoriques ou d'équilibre) pour convertir en dollars les coûts exprimés en unités monétaires locales. Les deux coûts ont été mesurés en fonction des valeurs correspondant à l'année de référence 2000.

L'actualisation est utilisée dans le cadre des évaluations économiques afin de corriger les données des préférences sociales ou individuelles comparativement à l'échelonnement des coûts et aux bienfaits pour la santé. Cela signifie que l'on accorde moins de poids aux coûts ou aux bienfaits pour la santé qui se manifesteront plus tard qu'à ceux qui, selon toute vraisemblance, sont imminents. Les taux d'actualisation recommandés diffèrent d'un pays à l'autre et varient souvent dans les analyses de sensibilité.

La présentation du coût d'une proposition dans un rapport doit être fonction du taux d'actualisation adapté au contexte dans lequel la décision stratégique doit être prise. Les données utilisées pour calculer le coût actualisé – quantité de ressources disponibles, coût unitaire et taux d'actualisation, notamment – doivent être

transparentes afin qu'il soit possible d'évaluer la validité, l'applicabilité ou la pertinence de chaque composante.

---

## **CONCLUSION**

---

Les responsables de politiques et les autres parties intéressées veulent en avoir pour leur argent; autrement dit, ils souhaitent que les politiques et les programmes de santé soient rentables (efficaces). Ils doivent donc disposer de données probantes sur l'utilisation des ressources et le coût associé à une proposition de politique ou de programme afin de poser des jugements éclairés à cet égard. L'article 16 de la présente série [21] traite de la façon de peser le pour et le contre (y compris les économies et les coûts) des politiques et des programmes (voir la figure 2).

Il faut aussi recueillir des données probantes sur l'utilisation des ressources et les coûts afin d'éclairer les jugements en matière d'équité [22]. Outre le calcul du coût global (et du rapport coût-efficacité) des politiques et des programmes, les responsables de politiques doivent déterminer qui assumera quels coûts et l'impact de ces décisions sur les inégalités.

Sur le plan tant de l'efficacité que de l'équité, il est essentiel de cerner toutes les conséquences potentiellement importantes sur l'utilisation des ressources. Il est aussi crucial d'utiliser les meilleures données probantes disponibles ainsi que de prendre acte et de tenir compte de toute autre incertitude majeure au sujet, entre autres, des conséquences sur l'utilisation des ressources [23,24].

---

## **RESSOURCES**

---

### **Documents utiles et lecture complémentaire**

Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Jaeschke R, Helfand M, Vist GE, Schunemann HJ et le groupe de travail GRADE. 2008. « Incorporating considerations of resource use. » *BMJ* ; 336:1170-3.

Brunetti M, Oxman AD, Pregno S, Lord J, Shemilt I, Vale L et coll. « GRADE guidelines: 10. Special challenges – resource use ». *J Clin Epidemiol*. Sous presse.

### **Sites Web**

Campbell & Cochrane Economics Methods Group : [www.c-cemg.org](http://www.c-cemg.org) – Réseau international d'experts dans le domaine des méthodes de synthèse des données probantes conjuguant démarches économiques et études méthodiques

GRADE Working Group : [www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org) – Le groupe de travail GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) a mis au point un système pour évaluer la qualité des données probantes et la force des recommandations en matière de services de santé. Le système met à profit une méthode d'évaluation des données probantes sur l'utilisation des ressources en vue d'en tenir compte dans les recommandations

International Health Economics Association : [www.healtheconomics.org](http://www.healtheconomics.org) – Organisme mis sur pied pour accroître la communication entre les économistes de la santé, rehausser le niveau des débats sur l'application de l'économie politique aux systèmes de soins et de services de santé, et aider les jeunes chercheurs dans ce domaine

Office of Health Economics : [www.ohe.org/page/index.cfm](http://www.ohe.org/page/index.cfm) – Organisme du Royaume-Uni qui offre des services indépendants de recherche, des services-conseils sur les incidences des politiques et les questions économiques dans les secteurs pharmaceutique, des services de santé et de la biotechnologie

CCEMG - EPPI-Centre Cost Converter :

<http://epi.ioe.ac.uk/costconversion/default.aspx> – Outil Web simple à utiliser pour convertir une estimation de coûts exprimée dans une devise et pour une année de référence données dans une autre devise ou pour une autre année de référence

NHS Economic Evaluation Database [NHS EED] :

[www.crd.york.ac.uk/crdweb/Home.aspx?DB=NHS%20EED&SessionID=&SearchID=&E=o&D=o&H=o&SearchFor=](http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/Home.aspx?DB=NHS%20EED&SessionID=&SearchID=&E=o&D=o&H=o&SearchFor=) – Cette base de données, qui contient 24 000 résumés de documents en économie de la santé, y compris plus de 7 000 évaluations économiques dont la qualité a été évaluée, a été conçue pour aider les décideurs par la recherche systématique et la description d'évaluations économiques ainsi que par la détermination de leur qualité, de leurs forces et de leurs faiblesses

---

## **CONFLIT D'INTÉRÊTS**

---

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

---

## **CONTRIBUTION DE CHAQUE AUTEUR**

---

ADO a rédigé l'ébauche initiale du présent article; AF, JNL et SL ont contribué à ce travail en plus de réviser le document.

---

## REMERCIEMENTS

---

L'introduction de la présente série comprend nos remerciements aux bailleurs de fonds et aux personnes qui y ont contribué. Nous tenons toutefois à exprimer notre reconnaissance particulière à Ian Shemilt et à Luke Vale pour leurs commentaires avisés sur une version antérieure du présent article.

---

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.
2. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Jaeschke R, Helfand M, Liberati A, et al: **Incorporating considerations of resources use into grading recommendations.** *BMJ* 2008, **336:1170-3**.
3. Quon BS, Firszt R, Eisenberg MJ: **A comparison of brand-name drug prices between Canadian-based Internet pharmacies and major U.S. drug chain pharmacies.** *Ann Intern Med* 2005, **143:397-403**.
4. Russell LB: **Opportunity costs in modern medicine.** *Health Aff (Millwood)* 1992, **11:162-9**.
5. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, et al: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S7)**.
6. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 11. Finding and using research evidence about local conditions.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S11)**.
7. Oxman AD, Fretheim A, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 12. Finding and using research evidence about resource use and costs.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S12)**.
8. Brunetti M, Oxman A, Pregno S, Lord J, Shemilt I, Vale L, et al: **GRADE guidelines: 10. Special challenges – resource use.** *J Clin Epidemiol.* 2010. In Press
9. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL: *Methods for the economic evaluation of health care programmes.* Oxford: Oxford University Press; 2005.
10. Luce BR, Manning WG, Siegel JE, et al: **Estimating costs in cost-effectiveness analysis.** In *Cost-Effectiveness in Health and Medicine.* Edited by Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC. New York: Oxford University Press; 1996:176-85.
11. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S8)**.

12. Simon J, Gray A, Duley L: **Cost-effectiveness of prophylactic magnesium sulphate for 9996 women with pre-eclampsia from 33 countries: economic evaluation of the Magpie Trial.** *BJOG* 2006, **113**:144-51.
13. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schunemann HJ: **What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians?** *BMJ* 2008, **336**:995-8.
14. Evers S, Goossens M, de Vet H, van Tulder M, Ament A: **Criteria list for assessment of methodological quality of economic evaluations: Consensus on Health Economic Criteria.** *Int J Technol Assess Health Care* 2005, **21**:240-5.
15. Friedberg M, Saffran B, Stinson TJ, Nelson W, Bennett CL: **Evaluation of conflict of interest in economic analyses of new drugs used in oncology.** *JAMA* 1999, **282**:1453-7.
16. Hill SR, Mitchell AS, Henry DA: **Problems with the interpretation of pharmaco-economic analyses: a review of submissions to the Australian Pharmaceutical Benefits Scheme.** *JAMA* 2000, **283**:2116-21.
17. Palmer S, Raftery J: **Economic Notes: opportunity cost.** *BMJ* 1999, **318**:1551-2.
18. Cooper N, Coyle D, Abrams K, Mugford M, Sutton A: **Use of evidence in decision models: an appraisal of health technology assessments in the UK since 1997.** *J Health Serv Res Policy* 2005, **10**:245-50.
19. Shemilt I, Mugford M, Byford S, Drummond MF, Eisenstein E, Knapp M, et al: **Chapter 15: Incorporating economics evidence.** In *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1 (updated September 2008)*. Edited by Higgins JPT, Green S. The Cochrane Collaboration; 2008.
20. Goldhaber-Fiebert JD, Goldie SJ: **Estimating the cost of cervical cancer screening in five developing countries.** *Cost Eff Resour Alloc* 2006, **4**:13.
21. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 16. Using research evidence in balancing the pros and cons of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S16)**.
22. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 10. Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S10)**.
23. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 17. Dealing with insufficient research evidence.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S17)**.
24. Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 18. Planning monitoring and evaluation of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S18)**.
25. O’Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, et al: **Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes.** *Cochrane Database Syst Rev* 2007, **4**:CD000409.

26. Fretheim A, Oxman AD, Treweek S, Bjorndal A: **Rational Prescribing in Primary Care (RaPP-trial). A randomised trial of a tailored intervention to improve prescribing of antihypertensive and cholesterol-lowering drugs in general practice.** *BMC Health Serv Res* 2003, **3**:5.
27. Fretheim A, Aaserud M, Oxman AD: **Rational prescribing in primary care (RaPP): economic evaluation of an intervention to improve professional practice.** *PLoS Med* 2006, **3**:e216.

---

**Figure 1. Quatre étapes essentielles au repérage et à l'intégration des données probantes relatives au coût des propositions envisagées**

---



---

**Figure 2. Peser le pour et le contre des politiques et des programmes de santé, dont les conséquences sur l'utilisation des ressources\***

---



**Conséquences souhaitables**

- Amélioration de la santé
- Autres impacts positifs
- *Économies*

**Conséquences indésirables**

- Détérioration de la santé
- Autres impacts négatifs
- *Coût*

\* Les conséquences sur l'utilisation des ressources (c'est-à-dire les économies ou les coûts liés à une politique ou à un programme comparativement au statu quo ou à une autre solution) doivent être examinées au même titre que les répercussions sur la santé et d'autres impacts lorsqu'il s'agit de peser le pour et le contre des politiques et des programmes de santé, et de porter des jugements à cet égard

---

**Tableau 1. Exemple : Déterminer les conséquences potentiellement importantes sur l'utilisation des ressources d'un programme national de visites de sensibilisation en vue d'améliorer les habitudes de prescription dans le traitement de l'hypertension artérielle**

---

Des études méthodiques révèlent que les visites à des fins de sensibilisation (des spécialistes itinérants consultent des professionnels de la santé dans leur milieu) ont des effets relativement cohérents et limités, mais vraisemblablement non négligeables sur les habitudes de prescription [25]. Selon un essai clinique à répartition aléatoire réalisé en Norvège, ces consultations ont permis d'accroître l'utilisation des diurétiques thiazidiques conformément aux directives de pratique clinique, de 11 p. 100 à 17 p. 100, parmi les patients ayant reçu depuis peu un diagnostic d'hypertension artérielle [26]. Afin de déterminer dans quelle mesure cette augmentation est digne d'intérêt (par rapport au coût d'un programme national d'extension des services), on s'est penché sur l'utilisation des ressources dans les domaines suivants :

- L'élaboration de logiciels (servant à la vérification des dossiers médicaux et à la rétroaction aux médecins)
- Formation de spécialistes itinérants (pharmaciens)
- Documents imprimés
- Déplacements des pharmaciens pour les visites de sensibilisation
- Temps des pharmaciens
- Temps consacré aux tâches administratives (p. Ex., prise de rendez-vous pour les visites de sensibilisation)
- Temps des médecins (pour les visites de sensibilisation)
- Soutien technique
- Dépenses en médicaments
- Consultations médicales
- Tests de laboratoire

---

**Tableau 2. Exemples de conséquences potentiellement importantes en matière d'utilisation des ressources\***

---

---

**1. Changements dans l'utilisation des ressources liées aux services de santé**

- Mise en œuvre de politiques ou de programmes
    - Ressources humaines/temps
    - Fournitures renouvelables
  - Terrains, immeubles, équipement
  - Augmentation (ou réduction) des hospitalisations, des consultations externes ou des visites à domicile
  - Augmentation (ou réduction) du recours aux tests de laboratoire ou aux examens cliniques
  - Transport payé (p. ex., transports d'urgence)
- 

**2. Changements dans l'utilisation des ressources extra-sanitaires**

- Transport vers les établissements de santé
  - Régimes alimentaires spéciaux
  - Services sociaux (p. ex., hébergement, aide à domicile, formation professionnelle)
  - Adaptation du domicile
  - Criminalité (vols, fraudes, violence, enquêtes policières, frais judiciaires), par exemple dans le cas des propositions liées à la consommation abusive de drogues ou d'alcool
- 

**3. Changements dans l'utilisation du temps des patients et des aidants naturels**

- Consultations externes
  - Admissions à l'hôpital
  - Temps des aidants naturels
- 

**4. Changements sur le plan de la productivité**

- À notre avis, les changements sur le plan de la productivité et la valeur intrinsèque des changements de l'état de santé devraient être étudiés en fonction de la valeur ou de l'importance attachée aux résultats pour la santé et ne devraient pas être pas être inclus dans les conséquences des propositions envisagées sur l'utilisation des ressources
- 

\* Adaptation de B.R. Luce et coll.10

---

**Tableau 3. Exemple : Repérage des données probantes relatives aux conséquences des propositions envisagées sur l'utilisation des ressources**

---

Les sources de données suivantes ont été utilisées pour déterminer les différences dans l'utilisation des ressources entre un programme de visites de sensibilisation (visant tous les omnipraticiens de Norvège) et l'absence de programme (le statu quo)[27] Ce programme est décrit en détail au tableau 1.

---

<b>Ressources</b>	<b>Sources de données</b>
Élaboration de logiciels	<ul style="list-style-type: none"><li>• Factures, estimation du temps consacré</li></ul>
Formation des spécialistes itinérants	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estimation du temps consacré; factures</li></ul>
Documents imprimés	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facture</li></ul>
Déplacements	<ul style="list-style-type: none"><li>• Registre des journées de déplacement, estimation des distances parcourues</li></ul>
Temps des pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"><li>• Registre des consultations et des journées qui y sont consacrées</li></ul>
Temps consacré aux tâches administratives	<ul style="list-style-type: none"><li>• Registre et estimations du temps investi</li></ul>
Temps des médecins	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comptes rendus sur la durée des visites de sensibilisation et le nombre de médecins présents</li></ul>
Soutien technique	<ul style="list-style-type: none"><li>• Registres de factures</li></ul>
Dépenses en médicaments	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dossiers médicaux</li></ul>
Consultations médicales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dossiers médicaux</li></ul>
Tests de laboratoire	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dossiers médicaux</li></ul>

---

Les données ayant été recueillies pour une année seulement auprès de 139 cliniques (501 médecins, dont la moitié a reçu la visite d'un spécialiste itinérant et l'autre, non), il a fallu extrapoler l'utilisation des ressources au-delà d'une année et pour le reste du pays

---

**Tableau 4. Exemple : Évaluation de la qualité des données probantes relatives aux conséquences des propositions envisagées sur l'utilisation des ressources**

---

Les données probantes destinées à l'estimation des différences dans l'utilisation des ressources entre un programme de visites de sensibilisation (ciblant tous les omnipraticiens de Norvège) et l'absence de programme (le statu quo) étaient de qualité variable (voir aussi les tableaux 1 et 3).

---

**Ressources**

---

Élaboration de logiciels	• Haute qualité
Formation des spécialistes itinérants	• Haute qualité
Documents imprimés	• Haute qualité
Déplacements	• Qualité moyenne*
Temps des pharmaciens	• Qualité moyenne*
Temps consacré aux tâches administratives	• Haute qualité
Temps des médecins	• Qualité moyenne*
Soutien technique	• Haute qualité
Dépenses en médicaments	• Qualité moyenne à faible**
Consultations médicales	• Qualité moyenne à faible**
Tests de laboratoire (potassium)	• Qualité moyenne à faible**

---

\* Les données probantes concernant les déplacements, le temps des pharmaciens et le temps des médecins étaient de qualité moyenne en raison de l'incertitude résultant de l'extrapolation au reste du pays des données des cabinets ayant participé à l'essai

\*\*La qualité moyenne à faible des données probantes relatives aux dépenses en médicaments, aux consultations médicales et aux tests de laboratoire s'explique par l'incertitude résultant de l'extrapolation des données de l'essai au reste du pays et aussi en raison de l'extrapolation au-delà d'une année (la durée de l'essai) afin d'estimer les conséquences à long terme sur l'utilisation des ressources d'une proposition de programme visant tous les omnipraticiens du pays

---

**Tableau 5. Exemple : Attribution de valeurs monétaires aux conséquences des propositions envisagées sur l'utilisation des ressources**

---

Les sources de données suivantes ont été utilisées pour évaluer la valeur pécuniaire des différences dans l'utilisation des ressources entre un programme de visites d'information (ciblant tous les omnipraticiens de Norvège) et l'absence de programme (le statu quo<sup>27</sup>) [voir aussi les tableaux 1, 3 et 4].

---

<b>Variable</b>	<b>Sources des valeurs pécuniaires</b>
Élaboration de logiciels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factures, paiement des salaires</li> </ul>
Formation des agents de terrain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paiement des salaires</li> </ul>
Matériel imprimé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factures</li> </ul>
Déplacements	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factures de frais de déplacement</li> </ul>
Temps des pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paiement des salaires</li> </ul>
Temps d'administration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paiement des salaires, estimations normalisées pour les coûts indirects, coûts de location des bureaux</li> </ul>
Temps des médecins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Honoraires standards pour les rencontres interdisciplinaires</li> </ul>
Soutien technique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factures</li> </ul>
Dépenses en médicaments	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le « Felleskatalogen 2003 » (liste des médicaments et des prix en Norvège)</li> </ul>
Visites aux patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Honoraires standards pour une consultation</li> </ul>
Tests de laboratoire (potassium)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût normalisé</li> </ul>

---