

LE COÛT DES TRAITEMENTS ET DE LA MISE EN OEUVRE DE LA LOI DANS LE DOMAINE DES DROGUES

Pierre KOPP

Philippe FENOGLIO

EXECUTIVE SUMMARY

PARTIE I: LE COÛT DES PATHOLOGIES IMPUTABLES AUX DROGUES LICITES (ALCOOL ET TABAC) ET ILLICITES

INTRODUCTION DE LA PARTIE I

- 1 – Les dépenses hospitalières pour le traitement des pathologies imputables aux drogues
- 2 – Les dépenses en médecine de ville pour le traitement des pathologies imputables aux drogues

CHAPITRE 1 : LES CANCERS IMPUTABLES AUX DROGUES

Introduction

- 1 – Qu'est ce qu'un cancer ?
- 2 – Le processus de cancérisation
- 3 – Les facteurs de cancérisation

I – Les traitements : généralités

- I.1 – Qui peut prendre en charge un cancer ? De nombreux acteurs impliqués
- I.2 – Le parcours du patient
- I.3 – Les traitements disponibles : généralités
 - I.3.1 – La chirurgie
 - I.3.2 – La radiothérapie
 - I.3.3 – La chimiothérapie
 - I.3.4 – L'hormonothérapie
 - I.3.5 – L'immunothérapie
 - I.3.6 – Les traitements palliatifs ou de confort (« supportive care »)

II – Les différents cancers imputables aux drogues et leurs coûts

- II.1 – Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (CIM-10, codes C00 à C06, C09 à C13 (hors C11), C140, C142, C148, C32, D000 et D020)
 - II.1.1 – Cancer de la cavité buccale (CIM-10, codes C00 à C06, C148 et D000)
 - A – Description médicale des cancers de la cavité buccale et les traitements associés
 - B – Le coût des cancers de la cavité buccale imputables au tabac et à l'alcool
 - II.1.2 – Cancer du pharynx (CIM-10, codes C09 à C13 (hors rhinopharynx code C11), C140, C142, C148, D000)
 - A – Description médicale des cancers du pharynx et les traitements associés
 - B – Le coût des cancers du pharynx imputables au tabac et à l'alcool
 - II.1.3 – Cancer du larynx (CIM-10, codes C32 et D020)
 - A – Description médicale des cancers du larynx et les traitements associés
 - B – Le coût des cancers du larynx imputables au tabac et à l'alcool

- II.2 – Les cancers de l’œsophage (CIM-10, codes C15 et D001)
 - II.2.1 – Description médicale des cancers de l’œsophage et les traitements associés
 - II.2.2 – Le coût des cancers de l’œsophage imputables au tabac et à l’alcool
- II.3 – Les cancers des trachées, bronches, poumons (CIM-10, codes C33 et D021 pour la trachée et C34, C780 et D022 pour les bronches et les poumons)
 - II.3.1 – Description médicale des cancers des trachées, bronches, poumons et les traitements associés
 - II.3.2 – Le coût des cancers des trachées, bronches, poumons imputables au tabac
- II.4 – Les cancers du sein (CIM-10, codes C50 et D05)
 - II.4.1 – Description médicale des cancers du sein et les traitements associés
 - II.4.2 – Le coût des cancers du sein imputables à l’alcool
- II.5 – Les cancers du col de l’utérus (CIM-10, codes C53 et D06)
 - II.5.1 – Description médicale des cancers du col de l’utérus et les traitements associés
 - II.5.2 – Le coût des cancers du col de l’utérus imputables au tabac
- II.6 – Les cancers de la vessie (CIM-10, codes C67, C688, C689, C791 et D090)
 - II.6.1 – Description médicale des cancers de la vessie et les traitements associés
 - II.6.2 – Le coût des cancers de la vessie imputables au tabac
- II.7 – Les cancers des reins et des voies urinaires (CIM-10, codes C64 à C66, C680, C681, C688, C689, C790, C791, D091)
 - II.7.1 – Description médicale des cancers des reins et des voies urinaires et les traitements associés
 - II.7.2 – Le coût des cancers des reins et des voies urinaires imputables au tabac
- II.8 – Les cancers du pancréas (CIM-10, codes C25, C788 et D019)
 - II.8.1 – Description médicale des cancers du pancréas et les traitements associés
 - II.8.2 – Le coût des cancers du pancréas imputables au tabac et à l’alcool
- II.9 – Les cancers du foie (CIM-10, codes C22, C787, C788, D015 et D019)
 - II.9.1 – Description médicale des cancers du foie et les traitements associés
 - II.9.2 – Le coût des cancers du foie imputables à l’alcool
- II.10 – Les cancers du rectum (CIM-10, codes C20, C785, C788, D012 et D019)
 - II.10.1 – Description médicale des cancers du rectum et les traitements associés
 - II.10.2 – Le coût des cancers du rectum imputables à l’alcool

Conclusion du chapitre 1

Références du chapitre 1

CHAPITRE 2 : LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES IMPUTABLES AUX DROGUES

Introduction

I – L’hypertension (CIM-10, codes I10 et I15)

- I.1 – Description médicale de l’hypertension et les traitements associés
- I.2 – Le coût de des hypertensions imputables au tabac

II – Les cardiopathies ischémiques (CIM-10, codes I20 à I25)

- II.1 – Description médicale des cardiopathies ischémiques et les traitements associés
- II.2 – Le coût des cardiopathie ischémiques imputables au tabac et à l’alcool

III – Les cardiomyopathies alcooliques (CIM-10, code I426)

- III.1 – Description médicale des cardiomyopathies alcooliques et les traitements associés
- III.2 – Le coût des cardiomyopathies alcooliques

IV – Les maladies cérébro-vasculaires (CIM-10, code I60 à I69)

- IV.1 – Description médicale des maladies cérébro-vasculaires et les traitements associés
- IV.2 – Le coût des maladies cérébro-vasculaires imputables au tabac et à l'alcool

V – L'artériosclérose, l'athérosclérose et l'artérite (CIM-10, codes I70 et I776)

- V.1 – Description médicale de l'artériosclérose, l'athérosclérose et artérite et les traitements associés
- V.2 – Le coût de l'artériosclérose, l'athérosclérose et l'artérite imputables au tabac

VI – L'anévrisme de l'aorte (CIM-10, code I71)

- VI.1 – Description médicale de l'anévrisme de l'aorte et les traitements associés
- VI.2 – Le coût des anévrismes de l'aorte imputables au tabac

VII – L'arrêt cardiaque (CIM-10, code I46)

- VIII.1 – Description médicale de l'arrêt cardiaque
- VIII.2 – Le coût des arrêts cardiaques imputables au tabac

Conclusion du chapitre 2

Références du chapitre 2

CHAPITRE 3 : LES MALADIES DIGESTIVES IMPUTABLES AUX DROGUES

Introduction

I – Les pancréatites (CIM-10, codes K85, K860 et K861)

- I.1 – Les pancréatites chroniques alcooliques et autres pancréatites chroniques (CIM-10, codes K860 et K861)
 - I.1.1 – Description médicale des pancréatites chroniques et les traitements associés
 - I.1.2 – Le coût des pancréatites chroniques imputables à l'alcool
- I.2 – Les pancréatites aiguës (CIM-10, codes K85)
 - I.2.1 – Description médicale des pancréatites aiguës et les traitements associés
 - I.2.2 – Le coût des pancréatites aiguës imputables à l'alcool

II – Les cirrhoses du foie (CIM-10, codes K700, K702, K703 et K74)

- II.1 – Description médicale des cirrhoses du foie et les traitements associés
- II.2 – Le coût des cirrhoses du foie imputables à l'alcool

III – Les hépatites alcooliques (CIM-10, codes K701 et K704)

- III.1 – Description médicale des hépatites alcooliques et les traitements associés
- III.2 – Le coût des hépatites alcooliques

IV – Le coût des autres maladies digestives alcooliques (CIM-10, codes K709 et K292)

V – L'ulcère gastro-duodéal (CIM-10, codes K25, K26 et K299)

- V.1 – Description médicale de l'ulcère gastro-duodéal et les traitements associés
- V.2 – Le coût des ulcères gastro-duodéaux imputables au tabac

Conclusion du chapitre 3

Références du chapitre 3

Introduction

I – La grippe (CIM-10, codes J10 et J11)

- I.1 – Description médicale de la grippe et les traitements associés
- I.2 – Le coût des gripes imputables au tabac et à l'alcool

II – La pneumonie (CIM-10, codes J12 à J18, à l'exception de J14)

- II.1 – Description médicale de la pneumonie et les traitements associés
- II.2 – Le coût des pneumonies imputables au tabac et à l'alcool

III – La bronchite chronique (CIM-10, codes J41 et J42)

- III.1 – Description médicale de la bronchite chronique et les traitements associés
- III.2 – Le coût des bronchites chroniques imputables au tabac

IV – L'emphysème (CIM-10, code J43)

- IV.1 – Description médicale de l'emphysème et les traitements associés
- IV.2 – Le coût des emphysèmes imputables au tabac

V – Les autres maladies pulmonaires obstructives (CIM-10, codes J40 et J44)

- V.1 – Description médicale des autres maladies pulmonaires obstructives et les traitements associés
- V.2 – Le coût des autres maladies pulmonaires obstructives imputables au tabac

Conclusion du chapitre 4

Références du chapitre 4

Introduction

I – La tuberculose (CIM-10, codes A15 à A19)

- I.1 – Description médicale de la tuberculose et les traitements associés
- I.2 – Le coût de la tuberculose imputables au tabac

II – Les hépatites virales (CIM-10, codes B16 à B19)

- II.1 – Description médicale des hépatites virales et les traitements associés
- II.2 – Le coût des hépatites virales imputables aux drogues illicites

III – Le SIDA – V.I.H. (CIM-10, codes B20 à B24)

- III.1 – Description médicale du V.I.H. et les traitements associés
- III.2 – Le coût du V.I.H. imputables aux drogues illicites

Conclusion du chapitre 5

Références du chapitre 5

CHAPITRE 6 : LES TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT IMPUTABLES AUX DROGUES

Introduction

I – Le coût des troubles mentaux et du comportement imputables au tabac (CIM-10, code F17)

II – Le coût des troubles mentaux et du comportement imputables à l'alcool (CIM-10, code F10)

III – Le coût des troubles mentaux et du comportement imputables aux drogues illicites (CIM-10, codes F11 à F16, F18 et F19)

Conclusion du chapitre 6

Références du chapitre 6

CHAPITRE 7 : LES AUTRES PATHOLOGIES IMPUTABLES AUX DROGUES

Introduction

I – Le coût des autres pathologies imputables au tabac (CIM-10, codes P042, T652 ET Z716)

II – Le coût des autres pathologies imputables à l'alcool (CIM-10, codes T51, P043 ET Z714)

III – Le coût des autres pathologies imputables aux drogues illicites (CIM-10, codes T40, P044, P961 ET Z715)

Conclusion du chapitre 7

Références du chapitre 7

CONCLUSION DE LA PARTIE I

1 – Le coût du traitement des pathologies imputables au tabac

2 – Le coût du traitement des pathologies imputables à l'alcool

3 – Le coût du traitement des pathologies imputables aux drogues illicites

4 – L'impact sur le coût social des drogues en France

4.1 – L'impact sur le coût social du tabac

4.2 – L'impact sur le coût social de l'alcool

4.3 – L'impact sur le coût social des drogues illicites

5 – Vers la construction d'indicateurs sur les dépenses de santé imputables aux drogues

PARTIE II : LE COÛT DE MISE EN ŒUVRE DE LA LOI EN FRANCE CONCERNANT LES DROGUES LICITES (ALCOOL ET TABAC) ET ILLICITES

INTRODUCTION DE LA PARTIE II

1 – LE MINISTERE DE LA JUSTICE

1.1 – Les services judiciaires

1.1.1 – *Services judiciaires et drogues illicites*

1.1.2 – *Services judiciaires et alcool*

1.2 – L'administration pénitentiaire

1.2.1 – *L'administration pénitentiaire et les drogues illicites*

1.2.2 – *L'administration pénitentiaire et l'alcool*

1.3 – Coût des services de Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)

2 – LA DIRECTION GENERALE DES DOUANES ET DES DROITS INDIRECTS

3 – LA GENDARMERIE NATIONALE

3.1 – La gendarmerie nationale et les drogues illicites

3.1.1 – *Mission de police judiciaire*

3.1.2 – *Mission de sécurité publique générale*

3.1.3 – *Les autres dépenses pour ILS*

3.2 – La gendarmerie nationale et l'alcool

3.2.1 – *Le problème de la sécurité routière*

3.2.2 – *Les autres crimes et délits commis sous l'emprise de l'alcool*

4 – LA POLICE NATIONALE

4.1 – La police nationale et les drogues illicites

4.2 – La police nationale et l'alcool

4.2.1 – *Le problème de la sécurité routière*

4.2.2 – *Les autres crimes et délits commis sous l'emprise de l'alcool*

5 – LE MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES

6 – LA CONTRIBUTION DE LA FRANCE AU BUDGET DE L'UNION EUROPEENNE

CONCLUSION DE LA PARTIE II

REFERENCES DE LA PARTIE II

ANNEXES

ANNEXE 1 : CALCULER UN COUT DE REFERENCE PAR G.H.M.

ANNEXE 2 : VERS UNE UTILISATION DU PMSI EN GESTION INTERNE

ANNEXE 3 : GLOSSAIRE DU PMSI

EXECUTIVE SUMMARY

Les dépenses publiques imputables aux drogues sont traditionnellement classées en trois catégories : santé, répression et prévention. Parmi l'ensemble de ces coûts, les dépenses de santé occupent, à n'en pas douter, une place prépondérante pour les drogues licites, alors que le coût de mise en œuvre de la loi constitue le deuxième poste de dépenses par ordre d'importance. En revanche, de par leur caractère illégal, les dépenses de répression s'avèrent relativement importantes dans le cadre des drogues illicites, faisant quasiment jeu égal avec les dépenses de santé.

La première partie de ce rapport traite des dépenses de santé imputables aux drogues. Dans ce cadre, les dépenses en soins hospitaliers ainsi que les coûts en médecine de ville des pathologies imputables aux drogues ont fait l'objet d'une estimation. Le premier type de dépenses (soins hospitaliers) sont celles relatives au traitement des pathologies imputables aux drogues dans le milieu hospitalier ; les secondes (médecine de ville) sont celles relatives au traitement des pathologies imputables aux drogues en dehors du cadre hospitalier.

Les données relatives aux soins hospitaliers dépendent exclusivement de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) qui dépend du PMSI. En revanche, celles relatives à la médecine de ville reposent sur la rédaction d'une « ordonnance moyenne » réalisée par un spécialiste du milieu médical. Cette notion d'ordonnance moyenne renvoie aux actes généralement nécessaires pour suivre l'évolution de la pathologie traitée (radiologie, biologie, etc.), au nombre moyen de consultations qu'un patient doit effectuer auprès d'un généraliste et/ou d'un spécialiste, ainsi qu'au traitement (médicaments), chacun de ces éléments étant valorisés sur la base des cotations de la sécurité sociale.

Au total, cette partie s'articule autour de sept chapitres principaux, chacun traitant d'une catégorie de pathologie (cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies digestives, maladies respiratoires, maladies infectieuses, troubles mentaux, autres pathologies). De même, l'étude d'une pathologie traite en simultanée les drogues considérées comme facteur de risque pour la pathologie concernée.

Les conclusions auxquelles aboutit cette partie sont claires :

- tout d'abord, les montants concernés représentent 18 254,22 millions d'euros pour le tabac, 6 155,88 millions d'euros pour l'alcool et 723,32 millions d'euros pour les drogues illicites,
- ensuite, ces nouvelles estimations conduisent à multiplier les dépenses de santé imputables aux drogues (par rapport aux estimations précédentes) par 4,44 pour le tabac (dont 2,85 pour les soins hospitaliers et 9,11 pour les dépenses en médecine de ville), par 2,19 pour l'alcool

(respectivement 2,80 et 1,44) et par 3,11 pour les drogues illicites (respectivement 1,99 et 4,84),

- de même, les dépenses de santé représentent 38,24% du coût social du tabac, 16,62% de celui de l'alcool et 25,61% dans le cadre des drogues illicites,
- rapportées au nombre de consommateurs quotidiens ou à problème (13,5 millions de fumeurs quotidiens de plus de 18 ans, 14,6% d'hommes et 4,1% de femmes de plus de 18 ans ayant une dépendance ou un usage problématique avec l'alcool, 280 000 consommateurs quotidiens de cannabis et environ 150 000 usagers d'opiacés ou de cocaïne à problème), les dépenses de santé représentent 1 355,69 euros par consommateur dans le cadre du tabac, 1 473,77 euros pour l'alcool et 1 682,14 euros pour les drogues illicites,
- enfin, une tentative pour estimer le coût annuel de traitement des principales pathologies est proposée. Le classement ainsi effectué montre que les trois pathologies ayant le coût de traitement le plus élevé concernent des cancers (foie, pancréas et trachées, bronches, poumons).

La seconde partie de ce rapport traite du coût de mise en œuvre de la loi imputable aux drogues. En d'autres termes, cette partie s'efforce de quantifier les différents éléments constitutifs des coûts imputables aux drogues et supportés par la collectivité en terme de répression. Bien évidemment, il est à noter que la grande majorité des dépenses de mise en œuvre de la loi sur les drogues licites et illicites concerne les drogues illicites. Seules, certaines dépenses de répression liées à l'alcool (dépenses de police, de gendarmerie et de justice imputables à la conduite en état d'ivresse) sont traitées ici. En revanche, certaines dépenses n'ont pu être quantifiées du fait que les données sur ces éléments sont inexistantes. Ainsi, les dépenses liées à la répression des violences commises en état d'ébriété ou sous l'emprise d'une drogue illicite (viols, meurtres, violences sur tierce personne (violences conjugales, violences sur enfant, etc.), destruction de biens, emprisonnement, etc.) ne sont pas comptabilisées ici. De même, pour l'alcool et le tabac, les dépenses liées à la répression du trafic de ces substances ne sont pas abordées dans cette partie.

Au total, sept points sont abordés dans cette partie : les dépenses du Ministère de la Justice (section 1), le coût supporté par la Direction Générale des Douanes et des Droits Indirects (section 2), les dépenses engagées par la Gendarmerie Nationale (section 3), celles de la Police Nationale (section 4), les contributions volontaires du Ministère des Affaires Etrangères aux programmes de la PNUCID (section 5), les dépenses du Ministère de la Coopération (section 6) et la contribution de la France au budget de l'Union Européenne consacré à la lutte contre les drogues illicites (section 7).

Les conclusions retirées de cette partie sont les suivantes :

- le coût de mise en œuvre de la loi concernant les drogues licites et illicites s'élèverait, d'après nos estimations, à 646,32 millions d'euros (634,01 millions d'euros sur budgets propres des ministères et 12,31 millions d'euros de crédits interministériels),
- dans cet ensemble, le Ministère de la Justice dispose du poids le plus important (42,93%), suivi de la Police Nationale (29,88%), de la Direction Générale des Douanes et des Droits Indirects (13,03%) et de la Gendarmerie Nationale (11,89%), les autres postes étant relativement marginaux,
- hors crédits interministériels, les postes les plus importants sont représentés par l'administration pénitentiaire (34,67% des coûts de mise en œuvre de la loi, les drogues illicites représentant à elles seules 34,67% du total), suivi de la Police Nationale (29,86%, les drogues illicites représentant, là encore, à elles seules 29,71% du total),
- les drogues illicites, de par leur caractère illégal, représentent à elles seules 92,83% du coût total de mise en œuvre de la loi, alors que l'alcool ne représentant que 7,17%, aucune donnée n'étant disponible pour le tabac,
- ces dépenses représentent également environ 20,84% du coût social des drogues illicites, plaçant ainsi le coût de mise en œuvre de la loi au quatrième rang des dépenses, alors que dans le cadre de l'alcool ce coût ne correspond qu'à environ 0,12% du total,
- enfin, le coût de mise en œuvre de la loi représente environ 1 368,70 euros par consommateur quotidien et/ou problématique, le coût d'une interpellation ILS s'élevant à 3 366,22 euros, celui d'un procès ILS à environ 1 831,58 euros et le coût d'une incarcération ILS à 16 967,67 euros.

– PARTIE I –
LE COÛT DU TRAITEMENT DES PATHOLOGIES
IMPUTABLES AUX DROGUES LICITES (ALCOOL ET
TABAC) ET ILLICITES EN FRANCE

INTRODUCTION DE LA PARTIE I

Du point de vue de la santé publique, le tabac, l'alcool et les drogues illicites sont considérés comme des facteurs de risque. En effet, un certain nombre de pathologies sont imputables à ces drogues, et entraîne donc des dépenses de santé pour la collectivité. Néanmoins, l'estimation de ces dépenses se révèle être un exercice complexe et ambitieux.

La première étape de cette estimation nécessite d'identifier les pathologies pour lesquelles chaque drogue peut être un facteur de risque, et de déterminer dans quelles proportions celles-ci sont attribuables aux drogues. Le tableau 1 recense ces pathologies sur la base de la CIM10 (Codification Internationale des Maladies – 10^{ième} révision) ainsi que les risques attribuables associés à chacune des drogues étudiées. Dans ce tableau, les pathologies imputables aux drogues sont données en ligne, alors que les drogues sont inscrites en colonnes. Chaque cellule du tableau (intersection « ligne – colonne ») donne donc les risques attribuables à chacune des drogues en fonction des différentes pathologies. Pour leurs parts, les cellules comprenant un tiret exprime le fait que la drogue considérée n'est pas un facteur de risque pour la pathologie étudiée.

En fait, les pathologies retenues dans le cadre de ce rapport, ainsi que les risques attribuables, sont ceux décrits par Gaudin-Colombel (1997), Hill (1996), Hill, Doyon et Sancho-Garnier (1997), Hill et Pignon (1991) et Rosa (1994, 1996).¹ Il faut noter que certaines pathologies ont été ajoutées comparativement à ces différentes sources. En effet, une analyse attentive de la CIM10 permet d'isoler des pathologies qui sont soit imputables exclusivement à une drogue, soit imputables partiellement, mais qui ne sont ignorées par les études citées précédemment. Ces pathologies correspondent aux « autres pathologies imputables à l'alcool » dans la catégorie « maladies digestives », aux catégories « troubles mentaux et du comportement » et « autres pathologies », ainsi que les hépatites (B, C et D) et le SIDA-VIH dans la catégorie « maladies infectieuses ».

Cependant, définir les pathologies intégralement ou partiellement imputables aux drogues, ainsi que les risques attribuables afférents, ne suffit pas pour estimer le coût du traitement des pathologies imputables aux drogues. En effet, il est tout d'abord nécessaire de noter que ces dépenses de santé intègrent deux dimensions :

- les *dépenses hospitalières* qui sont celles relatives au traitement des pathologies imputables aux drogues dans le milieu hospitalier,
- les *dépenses en médecine de ville* qui sont celles relatives au traitement des pathologies imputables aux drogues en dehors du cadre hospitalier.

Sur la base de cette distinction, deux types d'analyse doivent donc être effectués nécessitant deux recueils de données différents pour évaluer, d'une part, les dépenses hospitalières et, d'autre part, les dépenses en médecine de ville.

¹ Notons que Rosa (1994, 1996) présente simplement les résultats d'études américaines sur les risques attribuables.

Tableau 1 – Les pathologies imputables aux drogues et les risques attribuables

CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS	TABAC		ALCOOL		DROGUES ILLICITES	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Pathologies infectieuses						
Tuberculose respiratoire	0,66	0,57	-	-	-	-
Hépatites :	-	-	-	-	0,494	0,239
dont - HVB	-	-	-	-	0,494	0,239
- HVC	-	-	-	-	0,494	0,239
- HVD	-	-	-	-	0,494	0,239
SIDA-VIH	-	-	-	-	0,240	0,240
Cancers						
Cavité buccale et pharynx	0,85	0,79	0,84	0,24	-	-
Pharynx	-	-	0,89	0,30	-	-
Œsophage	0,73	0,65	0,86	0,55	-	-
Pancréas	0,70	0,62	0,20	0,20	-	-
Larynx	0,87	0,81	0,76	0,15	-	-
Trachées, bronches, poumons	0,86	0,81	-	-	-	-
Col de l'utérus	-	0,16	-	-	-	-
Vessie	0,50	0,13	-	-	-	-
Rein et voies urinaires	0,39	0,07	-	-	-	-
Rectum	-	-	0,12	0,05	-	-
Foie	-	-	0,71	0,54	-	-
Sein	-	-	-	0,16	-	-
Maladies cardio-vasculaires						
Hypertension	0,42	0,33	-	-	-	-
Cardiopathie ischémique	0,43	0,15	0,39	0,07	-	-
Arrêt cardiaque	0,42	0,08	-	-	-	-
Maladies cérébro-vasculaires	0,28	0,21	0,26	0,08	-	-
Artériosclérose	0,52	0,43	-	-	-	-
Anévrisme de l'aorte	0,73	0,65	-	-	-	-
Artérite	0,68	0,04	-	-	-	-
Cardiomyopathie alcoolique	-	-	1,00	1,00	-	-
Maladies respiratoires						
Pneumonie, grippe	0,81	0,75	0,36	0,07	-	-
Bronchite chronique, emphysème	0,88	0,57	-	-	-	-
Maladies pulmonaires obstructives	0,88	0,14	-	-	-	-
Maladies digestives						
Ulcère gastro-duodéal	0,74	0,66	-	-	-	-
Hépatite alcoolique aiguë	-	-	1,00	1,00	-	-
Cirrhose du foie	-	-	0,91	0,69	-	-
Pancréatite aiguë	-	-	0,40	0,40	-	-
Pancréatite chronique	-	-	0,70	0,55	-	-
Autres maladies digestives imputables à l'alcool	-	-	1,00	1,00	-	-
Troubles mentaux et du comportement						
intoxication aiguë	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
utilisation nocive pour la santé	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
syndrome de dépendance	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
syndrome de sevrage	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
syndrome de sevrage avec delirium	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
trouble psychotique	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
syndrome amnésique	-	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
trouble résiduel ou psychotiq. de survenue tardive	-	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
autres	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
sans précision	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Autres pathologies						
F & n-n affectés par la cons. de drogue par la mère	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Effet toxique (ou intoxication) de la drogue	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Conseil et surveillance	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Symptômes néonataux de privation dus à la conso. de drogue par la mère	-	-	-	-	1,00	1,00

Pour le tabac, les sources correspondent à Hill (1996) et Rosa (1994, 1996), alors que dans le cadre de l'alcool les références sont Hill et Pignon (1991), Hill, Doyon et Sancho-Garnier (1997), Gaudin-Colombel (1997).

F & n-n = Fœtus et nouveau-né.

1 – Les dépenses hospitalières pour le traitement des pathologies imputables aux drogues

Concernant la première dimension, la démarche suivante a été adoptée pour calculer le coût des traitements délivrés en milieu hospitalier pour chacune des pathologies imputables aux drogues. Tout d'abord, parmi l'ensemble des pathologies retenues dans la CIM10, les codes correspondant ont dû être identifiés correctement. Cette première étape est importante dans le sens où celle-ci conditionne la qualité du recueil ultérieur des données. A partir de ces codes, une demande de traitement a été adressée à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) qui dépend du PMSI.² En fait, depuis la circulaire du 28 février 1992, la Direction des Hôpitaux a décidé de construire une base nationale de coûts par séjour hospitalier, constituée à partir d'un échantillon d'établissements hospitaliers publics et PSPH volontaires (établissement privé Participant au Service Public Hospitalier). Tout en s'inscrivant dans un objectif de représentativité, les établissements choisis doivent satisfaire à plusieurs conditions :

- un taux d'exhaustivité du recueil des informations PMSI sur les séjours supérieur à 95%,
- une bonne expérience de la comptabilité analytique hospitalière,
- un système d'information capable d'identifier pour chaque séjour hospitalier la totalité des actes médico-techniques et des consommations médicales (sang, prothèses et implants, médicaments coûteux, actes réalisés à l'extérieur).

La base nationale des coûts par séjour permet de calculer des coûts de référence par Groupes Homogènes de Malades (GHM) à l'usage des services déconcentrés de l'Etat (DRASS et DDASS) et des établissements hospitaliers.

Globalement, six bases de données du PMSI sont nécessaires pour évaluer le coût du traitement des pathologies imputables aux drogues que nous proposons dans ce rapport :

- la base nationale publique qui répartie les diagnostics principaux sur la base de la CIM10,
- la base nationale privée qui répartie les diagnostics principaux sur la base de la CIM10,
- la base nationale publique qui répartie les diagnostics associés sur la base de la CIM10,
- la base nationale privée qui répartie les diagnostics associés sur la base de la CIM10,
- la base intitulée « Coût relatif par GHM »,
- la base nommée « Echelle privée des facturations ».

Il faut noter que parmi les quatre bases nationales qui retracent les séjours hospitaliers, deux d'entre-elles renvoient aux séjours effectués dans les établissements publics (bases nationales publiques), les deux autres renvoyant aux séjours effectués dans les établissements privés (bases nationales privées). D'autre part, la distinction entre *diagnostics principaux* et *diagnostics associés* peut se résumer de la manière suivante : lors de l'admission d'un patient dans un établissement hospitalier, un diagnostic principal est établi par le médecin hospitalier qui indique la pathologie pour laquelle le patient est admis. Or, au cours de l'hospitalisation, une autre pathologie (voire plusieurs) peut être découverte pour ce même patient, cette pathologie correspondant à ce que l'on appelle le diagnostic associé. La comptabilisation de ces diagnostics associés est importante dans la mesure où les patients sont également traités en milieu hospitalier pour ces pathologies qui ne correspondent pas à la cause initiale de leur hospitalisation. En conséquence, la somme des diagnostics principaux et associés des bases nationales publiques donne le nombre de séjours effectués dans les établissements publics, alors que la somme des diagnostics principaux et associés des bases nationales privées donne le nombre de séjours effectués dans les établissements privés. Enfin, la somme de ces sommes (i.e. les quatre bases) retrace l'ensemble des séjours hospitaliers.

Concernant le contenu des quatre premières bases de données, celui-ci est identique. En fait, celles-ci retracent l'ensemble des séjours hospitaliers effectués en France (au cours d'une année) en fonction des pathologies décrites par la CIM10. Elles peuvent être perçues comme une nomenclature de pathologies allant d'un niveau très agrégé vers un niveau de décomposition extrêmement fin qui donne, *in fine*, les GHM correspondant à une pathologie. A titre d'exemple, retenons la base nationale publique qui répartie les diagnostics principaux selon la CIM10, et intéressons nous à l'obtention des GHM qui décrivent la pathologie « Tumeur maligne de la lèvre supérieure, (bord libre) » code C00.0 de la CIM10.³

² Concernant le fonctionnement du PMSI et de la terminologie employée, nous renvoyons le lecteur aux annexes de ce rapport.

³ Cette base peut être consultée à l'adresse suivante : <http://stats.atih.sante.fr/mco/diagone.html>

Le point d'entrée correspond au tableau 2 qui classe les pathologies par grands chapitres. Ce tableau indique qu'environ 10,5 millions de séjours hospitaliers ont été effectués en France dans les établissements publics pour les diagnostics principaux.

Tableau 2 – Les grandes catégories de pathologies classées en chapitres

Chapitre	Effectif
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	241959
Tumeurs	651761
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	100356
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	337505
Troubles mentaux et du comportement	284135
Maladies du système nerveux	393408
Maladies de l'œil et des annexes	185348
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	77244
Maladies de l'appareil circulatoire	902422
Maladies de l'appareil respiratoire	583376
Maladies de l'appareil digestif	727934
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	144395
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	463249
Maladies de l'appareil génito-urinaire	475455
Grossesse, accouchement et puerpéralité	910433
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	132857
Malformation congénitales et anomalies chromosomiques	86827
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	741347
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	945883
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	2098195
Total	10484089

Dans ce cadre, nous savons que 651761 séjours hospitaliers ont été effectués pour cause de tumeurs en établissements publics, ces 651761 séjours correspondant uniquement aux diagnostics principaux. En entrant dans la catégorie « Tumeurs », nous obtenons un deuxième niveau de décomposition retracé dans le tableau 3.

Tableau 3 – Les tumeurs classées en sous-chapitres

Sous-chapitre	Effectif
Tumeurs malignes	467555
Tumeurs in situ	12202
Tumeurs bénignes	137252
Tumeurs à évolution imprévisibles ou inconnue	34752
Total	651761

Ainsi, les 651761 séjours sont répartis en 467555 tumeurs malignes, 12202 tumeurs in situ, 137252 tumeurs bénignes et 34752 tumeurs à évolution imprévisibles ou inconnues. Puisque nous recherchons la pathologie « Tumeur maligne de la lèvre supérieure, (bord libre) » indiquée par le code C00.0 de la CIM10, nous devons entrer dans la catégorie « Tumeurs malignes » qui retrace l'ensemble des tumeurs malignes (tableau 4).

Tableau 4 – Les tumeurs malignes classées en catégories

Catégorie	Effectif
Tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	25506
Tumeurs malignes des organes digestifs	94048
Tumeurs malignes des organes respiratoires et intrathoraciques	57708
Tumeurs malignes des os et du cartilage articulaire	3884
Mélanome malin et autres tumeurs malignes de la peau	22804
Tumeurs malignes du tissu mésothélial et des tissus mous	6506
Tumeurs malignes du sein	40210
Tumeurs malignes des organes génitaux de la femme	17724
Tumeurs malignes des organes génitaux de l'homme	22374
Tumeurs malignes des voies urinaires	43681
Tumeurs malignes de la thyroïde et d'autres glandes endocrines	14096
Tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	61960
Tumeurs malignes primitives ou présumées primitives des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés	57053
Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)	1
Total	467555

Sur cette base, nous savons que sur les 467555 séjours pour tumeurs malignes, 25506 correspondent à des « Tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx », catégorie dans laquelle se trouve les « Tumeurs malignes de la lèvre supérieure, (bord libre) » code C00.0 de la CIM10. En conséquence, nous devons descendre à nouveau dans la nomenclature pour isoler les tumeurs malignes de la lèvre (tableau 5).

Tableau 5 – Tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx classées en sous-catégories

Code	Sous-catégorie	Effectif
C00	Tumeur maligne de la lèvre	567
C01	Tumeur maligne de la base de la langue	1951
C02	Tumeur maligne de la langue, parties autres et non précisées	2502
C03	Tumeur maligne de la gencive	516
C04	Tumeur maligne du plancher de la bouche	2514
C05	Tumeur maligne du palais	892
C06	Tumeur maligne de la bouche, parties autres et non précisées	1448
C07	Tumeur maligne de la glande parotide	658
C08	Tumeur maligne des glandes salivaires principales, autres et non précisées	241
C09	Tumeur maligne de l'amygdale	2970
C10	Tumeur maligne de l'oropharynx	3375
C11	Tumeur maligne du rhinopharynx	769
C12	Tumeur maligne du sinus piriforme	3534
C13	Tumeur maligne de l'hypopharynx	2283
C14	Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, de sièges autres et mal définis	1286
Total		25506

Les tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx se décomposent encore une fois en sous-catégories, mais les codes à deux chiffres de la CIM10 apparaissent à ce niveau. Ainsi, nous savons que le code C00.0 que nous recherchons est une désagrégation de la sous-catégorie C00 intitulé « Tumeur maligne de la lèvre ». En conséquence, nous devons descendre à nouveau dans la nomenclature pour isoler le code C00.0 (tableau 6).

Tableau 6 – Tumeurs malignes de la lèvre

Code	Diagnostic	Effectif
C00.0	Tumeur maligne de la lèvre supérieure, (bord libre)	65
C00.1	Tumeur maligne de la lèvre inférieure, (bord libre)	274
C00.2	Tumeur maligne de la lèvre, sans précision, bord libre	60
C00.3	Tumeur maligne de la lèvre supérieure, face interne	6
C00.4	Tumeur maligne de la lèvre inférieure, face interne	35
C00.5	Tumeur maligne de la lèvre, sans précision, face interne	11
C00.6	Tumeur maligne de la commissure des lèvres	17
C00.8	Tumeur maligne à localisations contiguës de la lèvre	8
C00.9	Tumeur maligne de la lèvre, sans précision	91
Total		567

Cette dernière étape (tableau 7) permet d'obtenir la décomposition par GHM associé au code C00.0. Ainsi, pour les « Tumeurs malignes de la lèvre supérieure, (bord libre) », neuf GHM sont concernés, ces GHM étant valorisés en terme monétaire dans le cadre du PMSI. Ainsi, afin d'évaluer les dépenses hospitalières, il se révèle indispensable d'obtenir les GHM associés à chaque code correspondant aux pathologies imputables aux drogues.

Tableau 7 - C00.0 - Tumeur maligne de la lèvre supérieure, (bord libre)

GHM	Libellé	Effectif
94	Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche	21
703	@Affections de la CMD n°03 : ambulatoire, avec autre acte opératoire de la CMD n°03	14
84	Interventions sur la bouche sans CMA	12
803	@Affections de la CMD n°03 : ambulatoire, sans acte opératoire de la CMD n°03	6
83	Interventions sur la bouche avec CMA	5
82	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou	4
68	Interventions majeures sur la tête et le cou	1
69	Exérèses de glandes salivaires	1
72	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge supérieur à 17 ans	1
Total		65

Le chemin suivi ici doit l'être à nouveau dans les trois autres bases, puisque nous n'avons, pour le moment, que les GHM liés aux diagnostics principaux du code C00.0 dans les établissements publics.

De même, toutes ces opérations doivent être effectuées pour l'ensemble des pathologies imputables aux drogues.

En fait, la demande de traitement auprès de l'ATIH permet d'obtenir directement les GHM, à partir du moment où la requête adressée à l'ATIH comporte les codes à deux et trois chiffres des pathologies. A titre d'exemple, pour obtenir les GHM associés aux « Tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx » notre demande de traitement comportait les codes C00 à C14 et pour chacun de ces codes à deux chiffres, les codes à trois chiffres, i.e. C00.0 à C00.9 jusqu'à C14.0 à C14.9.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'intérêt de récupérer les GHM repose sur le fait que le PMSI valorise en terme monétaire chaque GHM. Dans le cadre des GHM associés au code C00.0 de notre exemple, le tableau 8 retrace les coûts correspondants.

**Tableau 8 – GHM et coûts des GHM associés au code C00.0
(en euros)**

GHM	Coût du GHM	Effectif du GHM	Coût total
68	11530,02	1	11530,02
69	2936,02	1	2936,02
72	2544,22	1	2544,22
82	3889,74	4	15558,96
83	2868,18	5	14340,90
84	1967,35	12	23608,20
94	2954,16	21	62037,36
703	911,80	14	12765,20
803	565,74	6	3394,44
Total	-	65	148715,32

Au total, le coût lié aux 65 séjours hospitaliers pour le code C00.0 s'élève à 148715,32 euros. Rappelons que ce coût total est lié uniquement aux diagnostics principaux dans les établissements publics, et que sont donc manquants les diagnostics associés dans les établissements publics, ainsi que les diagnostics principaux et associés dans les établissements privés.

En conséquence, une fois récupérés tous les GHM des quatre bases nationales pour l'ensemble des pathologies imputables aux drogues, nous pouvons associer les coûts à chaque GHM et calculer un coût total par pathologie. Notons que ces coûts par GHM sont obtenus dans les deux autres bases intitulées « Coût relatif par GHM » et « Echelle privée des facturations ». La première de ces bases contient les coûts des établissements publics, alors que la seconde retrace les « coûts » des établissements privés.

Concernant la première de ces deux bases, il faut noter que le coût PMSI que nous retiendrons dans ce rapport correspond au coût « total » et non pas au coût « échelle ». La différence entre ces deux coûts repose sur le fait que, dans le coût « échelle », les dépenses d'amortissement des bâtiments et les frais financiers ne sont pas comptabilisés. Pour sa part, le coût total de chaque GHM comprend les éléments suivants : les dépenses de salaires des médecins des SAC (répartition à la journée) et des SA de réanimation (répartition selon le point Omega), les dépenses de salaires des soignants des SAC (répartition à la journée) et des SA de réanimation (répartition selon le point Omega), les dépenses de salaires des autres personnels des SAC et des SA de réanimation (répartition à la journée), les dépenses de consommables médicaux (médicament, sang, prothèse, implant, petit matériel, etc.) des SAC et des SA de réanimation affectées directement au séjour ou à la journée, les dépenses d'amortissement et de maintenance du matériel médical et de logistique médicale des SAC et des SA de réanimation, les dépenses de laboratoire, les dépenses de bloc opératoire, les dépenses d'anesthésie, les dépenses d'imagerie, les dépenses d'exploration fonctionnelle, les dépenses de dialyse, les dépenses de radiothérapie, les dépenses d'autres actes (SMUR, urgences, kiné, etc.), les dépenses d'actes à l'extérieur, les dépenses de restauration, les dépenses de blanchisserie, les dépenses de gestion générale et autre logistique, les dépenses d'amortissement des bâtiments et les frais financiers.

Concernant la base des « coûts » des établissements privés, il faut signaler que celle-ci retrace, en fait, les facturations des établissements privés émises à l'encontre de l'assurance maladie. Ceci est important à signaler, car ces facturations ne correspondent pas aux coûts véritables des établissements privés. A titre d'exemple, le coût total d'une séance de chimiothérapie (GHM 681

intitulé « chimiothérapie pour tumeur, en séances » dans la CMD 24 intitulée « séances et séjours de moins de 24 heures ») s'élève à 415,42 euros pour les établissements publics, alors que la facturation des établissements privés concernant le même GHM 681 est de 54,60 euros, soit un écart entre public et privé de 360,82 euros (i.e. qu'une séance de chimiothérapie en établissement public « coûterait » environ 7,61 fois plus qu'en établissement privé). En fait, cette facturation des établissements privés ne reflète pas le coût réel des actes réalisés dans ces établissements, mais représentent ce qui est remboursé à l'établissement par la sécurité sociale. En d'autres termes, cette facturation ne correspond qu'à une partie du coût réel des actes.⁴ Aussi, on peut se demander si il est pertinent de retenir le premier type de valorisation, tant les « coûts » privés sont excessivement faibles comparativement au coût total des établissements publics. Néanmoins, nous présenterons, par souci d'honnêteté, une valorisation des séjours effectués dans les établissements privés selon deux versions : une première basée sur une valorisation des séjours en établissements privés aux « coûts » privés ; une seconde basée sur une valorisation des séjours en établissements privés au coût total public. Ceci permettra, *in fine*, de donner une fourchette pour le coût des séjours hospitaliers imputables aux drogues, en additionnant le coût pour les établissements publics avec l'un des deux scénarios proposés pour les établissements privés.

L'étape suivante de l'estimation des dépenses hospitalières pour les pathologies imputables aux drogues repose sur la répartition par sexe, au niveau des GHM, des séjours hospitaliers, ou la répartition par sexe, au niveau des GHM, du coût des séjours hospitaliers. En fait, la répartition par sexe soit des séjours, soit du coût des séjours, revient au même pour évaluer les dépenses de santé imputables aux drogues. Dans le cadre de ce rapport, la première solution a été retenue, i.e. que nous avons d'abord récupéré le nombre de séjours par pathologie au niveau des GHM, pour ensuite les répartir par sexe. Cette répartition par sexe est indispensable, puisque les risques attribuables aux différentes drogues sont différents entre les hommes et les femmes. Il faut cependant noter que pour effectuer la répartition par sexe, nous avons utilisé soit l'incidence par sexe de la pathologie étudiée (i.e. le nombre de cas déclarés dans l'année pour chaque sexe) lorsque celle-ci était disponible, soit la mortalité par sexe pour la pathologie étudiée donnée par le service commun n°8 de l'INSERM. Dans ce seconde cas, l'hypothèse retenue consiste à considérer qu'il n'existe pas de grande différence entre morbidité et mortalité en terme de répartition par sexe. En d'autres termes, si la répartition de la mortalité pour une pathologie est, par exemple, de « 70 – 30 » entre les hommes et les femmes, la répartition par sexe de la morbidité pour cette même pathologie doit elle aussi être équivalente à « 70 – 30 ».

Enfin, la dernière étape dans l'estimation des dépenses hospitalières imputables aux drogues, consiste à appliquer, au niveau des GHM, le risque attribuable donné pour chaque sexe, et pour la pathologie étudiée, soit à la répartition par sexe des séjours hospitaliers, soit à la répartition par sexe du coût des séjours hospitaliers. Comme pour la répartition par sexe, le choix de l'une ou l'autre de ces deux méthodes donne le même résultat. Dans le premier cas, il suffit alors d'affecter le coût de chaque GHM pour obtenir une évaluation du coût des séjours hospitaliers des pathologies imputables aux drogues, alors que dans le premier cas, en revanche, nous obtenons directement cette évaluation, puisque le coût des GHM a déjà été appliqué avant la répartition par sexe.

Au total, il faut remarquer que le nombre de séjours et les coûts des GHM proviennent de l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur Hospitalisation), l'incidence par sexe (ou la mortalité par sexe) provenant de sources diverses, les risques attribuables étant ceux des différentes études citées précédemment.

2 – Les dépenses en médecine de ville pour le traitement des pathologies imputables aux drogues

Concernant le calcul du coût des traitements délivrés dans le cadre de la médecine de ville, nous savons que, pour un certain nombre de pathologies, celui-ci est positif. En effet, les patients atteints, par exemple, d'une maladie infectieuse imputable aux drogues, consultent un généraliste et/ou des spécialistes (comme un gastro-entérologue dans le cas d'une hépatite virale), effectuent des analyses (biologie) ou suivent un traitement (consommation de médicaments).

⁴ Pour être exact, dans le cadre d'un séjour dans un établissement privé à but lucratif, le RSF (Résumé Standard de Facturation) est produit par extraction de la facture émise à l'encontre de l'Assurance maladie (bordereau 615). Il désigne les dépenses afférentes à ce séjour qui correspondent au fonctionnement de la clinique (et aux honoraires médicaux depuis le 1er juillet 1994) et sont remboursables par l'Assurance maladie en tout ou partie.

Le problème est de savoir, tout d'abord, à quoi correspondent les coûts des séjours hospitaliers qui sont calculés précédemment. En fait, nous savons que pour une pathologie comme, par exemple, l'hépatite B, les traitements à suivre ne nécessitent pas, en règle générale, une hospitalisation. Ainsi, il apparaît que les séjours hospitaliers représentent les cas aigus ou des complications qui nécessitent une hospitalisation. En d'autres termes, les séjours hospitaliers ne concernent pas les traitements de « base » qui sont généralement délivrés dans le cadre de la médecine de ville ou dans le cadre des consultations externes en milieu hospitalier. De plus, signalons que les séjours hospitaliers disponibles par l'intermédiaire du PMSI ne correspondent pas au nombre d'individus atteints d'une pathologie quelconque (et donc au nombre de cas réellement traités). En effet, un séjour hospitalier est comptabilisé à chaque fois qu'un patient se rend à l'hôpital pour une hospitalisation, un patient pouvant s'y rendre plusieurs fois dans l'année. Ainsi, si chaque patient atteint d'une pathologie quelconque se rend 5 fois à l'hôpital dans l'année, le nombre de séjours hospitaliers pour 1000 patients s'élèvera à 5000.

Puisque les séjours hospitaliers ne correspondent pas aux traitements de « base » prescrits aux patients, nous devons comptabiliser, dans nos estimations, les dépenses induites par ces traitements qui représentent un coût bien réel pour la collectivité. Le problème qui émerge est donc de déterminer la part des cas qui sont traités par le biais des consultations externes en milieu hospitalier et celle des cas traités en médecine de ville. En fait, ne disposant d'aucune information sur le milieu hospitalier, nous supposons que l'ensemble des personnes atteintes d'une pathologie sont suivies dans le cadre de la médecine de ville.

En fait, il apparaît que cette hypothèse ne soit pas tout à fait satisfaisante. A titre d'exemple, si la tuberculose est une maladie infectieuse qui affecte toutes les populations humaines, sans distinction d'âge, de sexe, de conditions économiques ou de localisation géographique, nous savons que certaines populations sont plus touchées que d'autres, les plus atteints étant les immigrants et les SDF (Sans Domicile Fixe). Or, ces populations, du fait de leurs conditions économiques, ont recours à la médecine hospitalière plutôt qu'à la médecine de ville. En conséquence, la part de la médecine de ville est plus faible que celle que nous comptabiliserons ultérieurement. Il en va de même pour d'autres pathologies telles que les hépatites et les cas de « SIDA-VIH », puisque les populations que nous étudions sont toxicomanes, celles-ci ayant, en règle générale, des conditions économiques plutôt difficiles.

En réalité, ce problème n'en est pas véritablement un. En effet, les tarifs que nous utilisons dans le cadre de la médecine de ville correspondent aux cotations de la Sécurité Sociale qui sont appliquées dans le secteur privé conventionné, mais également dans les hôpitaux publics. En conséquence, les dépenses doivent logiquement être équivalentes entre secteur privé conventionné et milieu hospitalier. Cependant, nous ne pouvons dire dans quelles proportions celles-ci sont réalisées en médecine de ville (i.e. dans le secteur privé conventionné) ou à l'hôpital dans le cadre des consultations externes. C'est la raison pour laquelle nous pouvons dire que la notion de « médecine de ville » est quelque peu abusive ici, puisqu'une partie correspond, en fait, aux consultations externes réalisées en milieu hospitalier.

Notons, cependant, que pour plusieurs pathologies nous considérons qu'aucune dépense en médecine de ville n'est effectuée, l'ensemble des traitements relevant de la médecine hospitalière. Ceci est le cas pour le « SIDA-VIH » (chapitre 5) et la totalité des cancers (chapitre 1). Concernant le cas du « SIDA-VIH », nous savons que cette maladie infectieuse est quasi-exclusivement traitée en milieu hospitalier. Concernant les cas de sida, ceux-ci sont en fait comptabilisés dans les séjours hospitaliers. En revanche, pour le VIH nous ne disposons pas des données PMSI sur le nombre de consultations externes, ni sur la consommation de médicaments, ni sur les examens biologiques, etc. Aussi, nous avons réalisé (comme pour toutes les autres pathologies) une ordonnance « moyenne » et calculé le coût associé à cette ordonnance. Cependant, au lieu de comptabiliser ces dépenses dans le cadre de la médecine de ville, nous incluons celles-ci dans les coûts hospitaliers. Pour le cas des cancers, en revanche, nous estimons que toutes les dépenses sont comptabilisées dans les coûts hospitaliers que nous calculons. En fait, certaines dépenses sont bien réalisées en médecine de ville ou en consultations externes dans le milieu hospitalier, ce qui implique que les coûts présentés ici pour les cancers doivent être certainement sous-évalués. Cependant, nous n'avons pu réaliser une estimation plus fine pour les cancers du fait d'un manque de données.

D'autres pathologies n'ont également pas fait l'objet d'une évaluation concernant les dépenses en médecine de ville ou les dépenses liées aux consultations externes en milieu hospitalier. Tel est le cas pour tous les troubles mentaux et du comportement (chapitre 6), ainsi que pour les autres pathologies imputables aux drogues (chapitre 7).⁵ Là encore, certaines dépenses en médecine de ville doivent exister, mais il est cependant impossible de les évaluer du fait d'un manque de données. En résumé, les chapitres 1, 6 et 7 ne proposent aucune évaluation des coûts en médecine de ville. En revanche, concernant les pathologies des chapitres 2, 3, 4 et 5, celles-ci font bien l'objet d'une estimation concernant les dépenses en médecine de ville, sauf pour quelques cas où les données n'étaient pas suffisantes pour effectuer de tels calculs.

D'une manière générale, la démarche retenue pour estimer les dépenses en médecine de ville pour chacune des pathologies étudiées reposent sur un scénario simple :

- une ordonnance « moyenne » est établie par un médecin généraliste pour les pathologies imputables aux drogues et qui impliquent des dépenses en médecine de ville,
- le coût associé à cette ordonnance est calculé sur la base des cotations de la sécurité sociale,
- ce coût est multiplié par le nombre de cas imputables aux drogues.

Concernant cette démarche, plusieurs remarques doivent être effectuées. Tout d'abord, nous sommes bien conscient que le traitement d'une pathologie donnée diffère d'un individu à l'autre. La notion d'ordonnance moyenne correspond, en fait, aux actes généralement nécessaires pour suivre l'évolution de la pathologie traitée (radiologie, biologie, etc.) et le nombre de consultations moyenne qu'un patient doit effectuer auprès d'un généraliste et/ou d'un spécialiste. Concernant le traitement (médicaments), nous avons opté pour une dépense moyenne basée sur des traitements réellement prescrits. En d'autres termes, sur la base du coût de différentes prescriptions effectuées auprès de divers patients, un coût moyen a été calculé, ce coût moyen ayant été retenu pour calculer les dépenses en traitement (médicaments). C'est certainement sur ce dernier point que la méthode adoptée est la plus critiquable, puisque, rappelons le, chaque patient nécessite un traitement adapté.

Pour les coûts des actes, des consultations et des traitements, nous avons retenu les cotations de la sécurité sociale, ainsi que les prix des médicaments, ces données étant évaluées sur la base de l'année 2003 et recueillies auprès de différents acteurs du milieu médical (laboratoire d'analyse, centre de radiologie, pharmacien, kinésithérapeute, spécialistes tels que des cardiologues, gastro-entérologues, pneumologue, etc.).

Le dernier aspect à discuter, concerne le nombre de cas imputables aux drogues. En d'autres termes, devons-nous retenir l'incidence, la prévalence ou le nombre de patients sous traitement pour une pathologie donnée. Dans l'absolu, il se révèle pertinent de retenir comme indicateur le nombre de patients sous traitement et de ne retenir, pour la pathologie étudiée, que la fraction imputable aux drogues. Malheureusement, cette information n'est pas disponible, sauf dans quelques rares cas (voir, par exemple, l'hypertension). La prévalence semblerait un bon indicateur dans le sens où celle-ci reflète le nombre d'individus atteints d'une pathologie donnée dans la population. Cependant, tous les individus atteints d'une pathologie ne suivent pas forcément un traitement. En conséquence, retenir la prévalence reviendrait à surévaluer le coût des traitements délivrés en médecine de ville. L'incidence, quant à elle, correspond au nombre de cas déclarés dans l'année au sein d'une population donnée. Ceci signifie que l'incidence est, en principe, inférieure à la prévalence. Il apparaît donc préférable, dans la majorité des cas où nous ne disposons pas du nombre d'individus sous traitement, de retenir l'incidence pour chaque pathologie, ce qui évite de surévaluer les dépenses en médecine de ville lorsque nous retenons la prévalence. Cependant, nous sommes incapables d'affirmer si l'incidence retenue pour chaque pathologie est inférieure, égale ou supérieure au nombre d'individus réellement sous traitement.

Pour conclure, signalons que les chapitres qui suivent sont organisés sur le même principe. En effet, chaque chapitre traite d'une grande catégorie de pathologies (Cancers (chapitre 1), Maladies cardiovasculaires (chapitre 2), Maladies digestives (chapitre 3), Maladies respiratoires (chapitre 4), Maladies infectieuses (chapitre 5), Troubles mentaux et du comportement (chapitre 6) et Autres pathologies

⁵ Par exemple, les consultations en milieu hospitalier pour les individus désireux d'arrêter leur consommation de tabac sont comptabilisées dans le chapitre 6. Cependant, les dépenses en patchs, gomme à mâcher à base de nicotine, etc., et qui ne sont pas remboursés par la sécurité sociale, ne font pas l'objet d'une évaluation. Or, ces dépenses sont bien réelles et devraient faire l'objet d'une estimation.

imputables aux drogues (chapitre 7)). A chaque fois, chaque pathologie est étudiée en trois temps : tout d'abord, une description de la pathologie est proposée et les traitements associés sont abordés. L'idée de ce type de développement ne repose pas ici sur la volonté d'être exhaustif et « pointu » sur les aspects médicaux, mais simplement de donner au lecteur certaines notions lui permettant d'appréhender les différents traitements employés, et donc de mieux saisir ce que recouvrent les coûts des traitements associés à la pathologie en question ; ensuite, nous présentons le calcul du coût hospitalier pour la pathologie infectieuse étudiée ; enfin, une évaluation des dépenses en « médecine de ville » est proposée pour cette même pathologie.