Revues générales

Retentissement économique de la dermatite atopique chez l'adulte

RÉSUMÉ : Le projet Objectifs Peau a récemment précisé que la dermatite atopique (DA) est la 2e maladie de peau la plus fréquente chez les Français âgés de 15 ans et plus. Près de 2,5 millions de Français adultes en souffrent, car c'est bien le terme. En effet, les patients subissent une détérioration de leur qualité de vie difficilement supportable, des troubles du sommeil trop fréquents et des troubles psychologiques tels que l'anxiété ou la dépression. Cet impact est important sur toutes les dimensions de la vie des patients : physique, psychologique, sociale, affective et professionnelle.
À cet impact individuel s'ajoute un impact sociétal que l'économie de la santé a peu évalué en France jusqu'à aujourd'hui. Des travaux sont en cours, ce qui explique que nous devons nous contenter d'évaluations nord-américaines pour le moment.
Toutefois, pour comprendre l'impact décrit dans ces évaluations, il est nécessaire de maîtriser un minimum de vocabulaire. Une partie de cet article s'y emploie.

C. TAIEB
Directeur Scientifique, EMMA ;
Hôpital Necker-Enfants Malades, PARIS.

Un cadre méthodologique qui se précise de plus en plus

Lors d'un rapport récent [1], l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) rappelait fort justement que l'évaluation médico-économique consistait à mettre en regard les bénéfices cliniques d'une stratégie de soins, d'une technologie ou d'un produit de santé, et ses coûts, en les comparant à des alternatives en vue d'une allocation optimale des ressources disponibles.

Les "coûts", le mot est lâché ! Mais de quels coûts parle-t-on ? Il est important de le préciser d'autant plus que Daniel Sicard a fait le succès d'une formule, devenue avec le temps un véritable adage, au cours d'un échange avec Claude Le Pen : "*La santé n'a pas de prix, elle a un coût* [2]".

En économie de la santé, 4 catégories de coûts sont le plus souvent distinguées avec plus ou moins de facilité et d'audace (***fig. 1***) :

– les coûts directement imputables à la maladie et/ou à sa prise en charge thérapeutique lors de l'hospitalisation et/ou en ambulatoire : ce sont **les coûts directs qui peuvent être médicaux ou non médicaux**. Précisons qu'en France, en raison de la volonté exprimée par la Haute Autorité de Santé (HAS), dans son guide métabolique, de fonder son évaluation sur l'analyse du coût de production, quelle que soit la nature des composantes de ce coût et quel que soit l'acteur qui supporte ce coût, la référence aux coûts directs médicaux et non médicaux est volontairement écartée pour les dossiers et évaluations qui lui sont déposés ;
– les coûts des conséquences négatives indirectement induites par la pathologie ou son traitement : ce sont les **coûts indirects** ;
– les conséquences sociales ou psychologiques induites par la pathologie et son traitement : ce sont les **coûts intangibles**.

À partir de ces 4 coûts, les économistes de la santé produisent 4 types d'études : étude de minimisation de coûts, étude

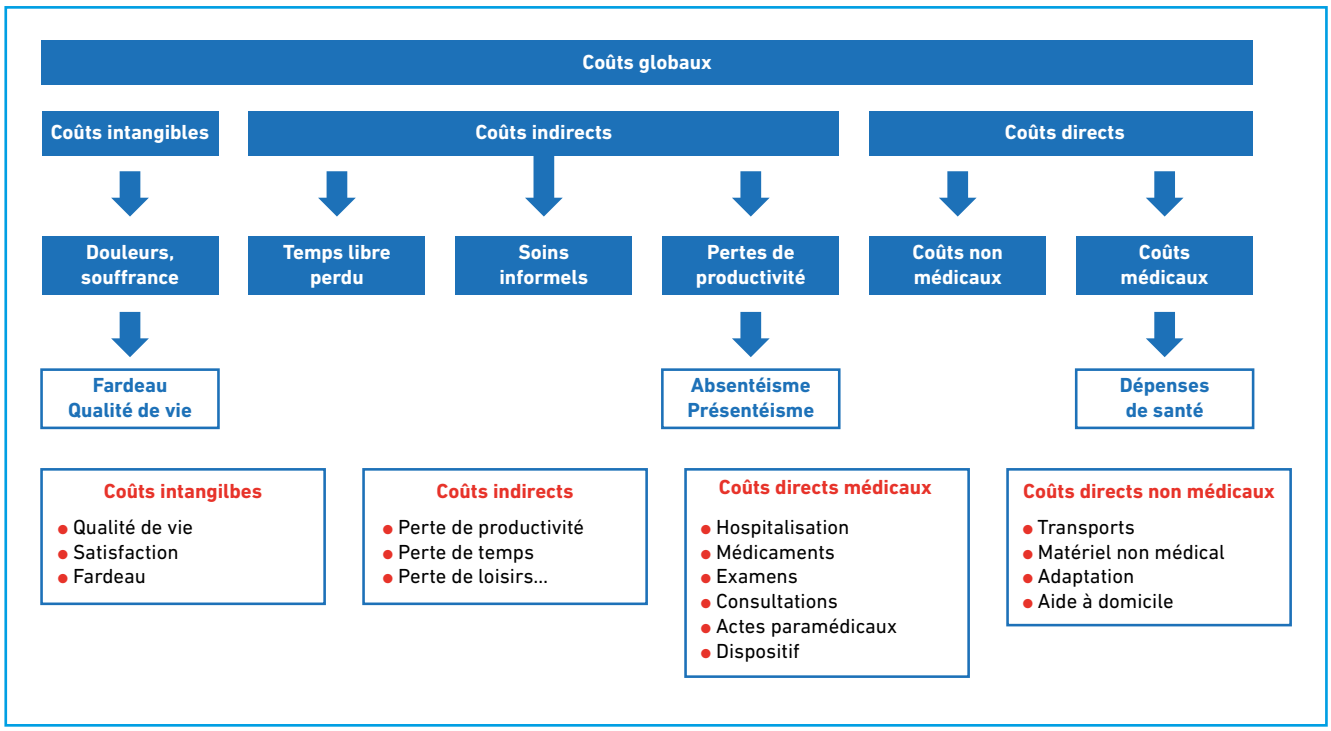

Fig. 1 : Les coûts définis en économie de la santé.

coût-bénéfice, étude coût-efficacité et étude coût-utilité. Le fait de choisir un de ces 4 types d'études ne doit rien au hasard mais il est le fruit d'une réflexion qui, bien évidemment, tient compte des objectifs que l'on s'est fixé, de l'environnement dans lequel s'inscrit le projet et des données disponibles pour le mettre en œuvre (***fig. 2***).

Il faut savoir que la HAS impose au travers de sa première recommandation (Recommandation 1 : le choix de la méthode d'évaluation économique) l'**analyse coût-utilité** et l'**analyse coût-efficacité** comme méthodes d'évaluation.

L'**analyse coût-utilité** étant à privilégier si la qualité de vie liée à la santé est identifiée comme une conséquence importante des interventions étudiées, le critère de résultat à favoriser est, dans ce cas, la durée de vie ajustée sur la qualité. Cette première recommandation précise également que si la qualité de vie liée à la santé n'est pas identifiée comme une conséquence importante des interventions étudiées, l'analyse de référence est de type **coût-efficacité**, le critère de résultat à privilégier étant dans ce cas la durée de vie. **L'analyse coût-bénéfice** n'est pas recommandée dans l'analyse de référence, mais le guide méthodologique précise que celle-ci peut être présentée comme un élément d'information complémentaire.

Toutes ces analyses n'auraient pas de sens si leur **perspective** n'était pas précisée. La perspective que l'on adopte est

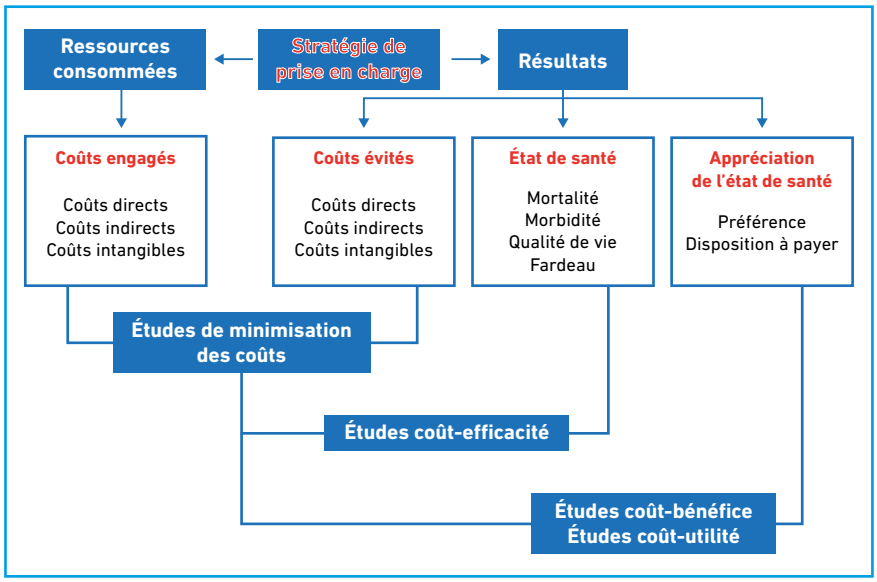

Fig. 2 : Types d'études réalisées à partir de 4 coûts de santé.

Revues générales

le point de vue à partir duquel on s'exprime : elle peut être "**sociétale**" (appelée également collective), "**hospitalière**" (si l'on souhaite convaincre le directeur d'un hôpital, par exemple), "**payeur**" si l'interlocuteur est l'Assurance Maladie ou encore "**patient**" si l'on s'intéresse au reste à charge.`

La deuxième recommandation de la HAS ne laisse pas le choix et impose la **perspective collective**, la seule suffisamment large, qui tient compte de l'ensemble des parties prenantes (Assurance Maladie, patients entre autres) concernées par les interventions étudiées dans le contexte du système français de santé. Il n'est pas difficile en effet de comprendre que cette perspective collective permet de tenir compte de l'ensemble des parties prenantes concernées par la décision, soit parce qu'elles sont affectées par l'une des conséquences des interventions sur la santé, soit parce qu'elles participent à leur financement.

Les évaluations économiques ont à présent un cadre méthodologique qui répond aux impératifs des autorités de santé et, à travers elles, aux besoins des payeurs afin qu'ils puissent prendre la "bonne décision" et assurer comme ils disent "une meilleure allocation des ressources disponibles".

Des évaluations peu nombreuses…

Les évaluations économiques sont souvent initiées par les industriels qui, pour défendre un prix, vont démontrer le bien-fondé de leur demande par une étude respectant la méthodologie imposée par le guide méthodologique évoqué précédemment.

Le Pr J.-P. Lacour, dans un article récent, précisait fort justement que "*la prise en charge de la DA n'avait pas encore vécu sa révolution thérapeutique, permettant aux patients de bénéficier des biotraitements qui ont été décisifs dans l'amélioration du service rendu dans d'autres maladies auto-immunes/auto-inflammatoires telles que le psoriasis*".

Aucune étude robuste d'un point de vue méthodologique sur l'impact économique de la DA n'a encore été publiée en France, alors que l'impact économique du psoriasis a été étudié à plusieurs reprises. L'absence de traitement ayant démontré formellement son efficacité en est sans doute la raison principale. L'arrivée des biothérapies va sans doute modifier la donne. Il n'en est pas de même aux États-Unis où la spécificité du système de santé, associée à la puissance des associations de malades, ont permis la mise en place de plusieurs études.

Ce que l'on peut dire aujourd'hui

D'un point de vue économique, le coût annuel de prise en charge des pathologies dermatologiques a été estimé en 2004 [4] à 39,3 Md$ (29 Md$ pour les coûts directs médicaux, 10 Md$ pour les coûts indirects subis par la société).

La DA – qui est une pathologie inflammatoire dermatologique chronique se traduisant par un retentissement physique et psychique, et une altération de la qualité de vie du patient et de ses proches – aurait, selon les données épidémiologiques récentes, une prévalence chez l'adulte comprise entre 2 et 10,2 %. En France, le projet Objectifs Peau, initié par la Société Française de Dermatologie, a situé en 2016 la prévalence de la DA chez le sujet de 15 ans et plus à 4,65 % [5].

Dermatite atopique : impact en termes de ressources

Selon une étude publiée en 2017 [6], comparant une population adulte avec et sans DA, l'absentéisme au travail concernerait 9,9 % des adultes atteints de DA *vs* 3,6 % du groupe non exposé. Cette même étude met en exergue une perte de productivité plus importante dans le groupe exposé (25,6 % *vs* 18,1 % ; p = 0,04) et un présentéisme (terme communément compris comme le fait d'être présent sur le lieu de travail physiquement sans pour autant fournir les prestations attendues pour le poste occupé) supérieur dans le groupe exposé (21,1 % *vs* 16,1 % ; p = 0,027). Le coût annuel moyen de ces coûts indirects – qui tient compte à la fois de l'absentéisme et du présentéisme – serait de 8 907 $ pour la population atopique *vs* 6 517 $ pour les sujets non exposés (p = 0,024), générant une différence approximative de 2 400 $.

Une autre étude, ISOLATE, a évalué les coûts indirects liés à la DA à 2,4 Md$, se traduisant par une perte de journées de travail de 2,5 jours en moyenne pour les formes modérées de DA et de 5,3 jours pour les formes sévères [6-8]. D'après une évaluation économique basée sur les données d'une assurance santé couvrant plus de 5 millions d'Américains, les coûts indirects représenteraient 38 % des coûts totaux. Au total, ce seraient donc 68 millions de jours qui seraient perdus chaque année aux États-Unis. Si l'on prend en compte la globalité des arrêts de travail toutes causes confondues, les sujets ayant une DA ont 6 jours d'arrêt de plus que la population sans DA.

Du point de vue individuel, cette perte nette mensuelle représente 148 $ pour les formes légères et 274 $ dans les formes sévères [8]. Lorsqu'on interroge les patients, 14 % expriment une crainte quant à leur avenir professionnel, 11 % font part d'un sentiment de discrimination au travail de la part de leur employeur et 30 % des patients rapportent une altération de leurs conditions de travail [9].

Les postes économiques impactés par la DA résultent d'une augmentation croissante de la consommation des ressources hospitalières et extrahospitalières par les patients : consultations médicales, consultations aux urgences, hospitalisations et prescriptions pharmaceutiques. Les patients ayant une

POINTS **FORTS**

- Si les évaluations économiques en santé se précisent depuis près de 30 ans, leur méthodologie s'impose depuis peu.
- Outils d'aide à la décision, afin de faire prendre en charge par la collectivité un produit de santé, ces évaluations trouvent leur place dans un argumentaire et sont (dans un premier temps au moins) contemporaines de l'arrivée d'une innovation qui revendiquera l'amélioration du service médical rendu.
- La dermatite atopique n'a pas encore connu de révolution thérapeutique, les évaluations de son impact économique sont rares dans le monde et absentes en France.
- Les quelques évaluations confirment l'impact économique de la dermatite atopique, avec des répercussions au niveau sociétal, professionnel, relationnel…

DA consultent en effet significativement plus souvent le médecin généraliste ou le spécialiste (11,2 fois par an *vs* 6,8 ; p < 0,001) ainsi que les urgences (1-2 consultations aux urgences par an et par patient *vs* 0,4 consultation ; p < 0,05). La fréquence de consultation est corrélée à la sévérité de la maladie, les consultations aux urgences étant 2 fois plus nombreuses chez les patients sévères. Le coût annuel de ces consultations médicales chez un généraliste ou un spécialiste a été estimé aux États-Unis à 14 794 $ [6].

En 2002, les données issues des systèmes de santé américains ont permis d'isoler 6 577 hospitalisations pour DA ou eczéma et de leur rattacher un coût global annuel de 8 288 083 $ [10]. Au niveau individuel, cela correspond à une hausse de 1,7 % des hospitalisations chez ces patients, avec un coût individuel annuel compris entre 1 421 et 8 145 $ [11, 12].

Les consultations aux urgences des patients avec DA sont à l'origine d'un surcoût annuel estimé à 1 459 $ [9]. Au niveau international (Europe, États-Unis), ces tendances sont concordantes et rapportent un coût global individuel annuel de prise en charge du patient atteint de DA compris entre 10 461 et 24 401 $ [7, 12].

Dans une étude publiée par Eckert incluant 1 047 sujets dont 349 avec une DA, le coût de prise en charge annuel de ces derniers était supérieur de 9 882 $ comparativement aux sujets sans DA.

L'étude ISOLATE, déjà citée, éclaire également le reste à charge pour les patients, seuls 27 % des 609 $ (coût annuel estimé) étant pris en charge par les systèmes de santé. Ce reste à charge est essentiellement la conséquence des arrêts de travail non compensés et des dépenses pour l'acquisition des ressources médicales (médicaments, émollients et produits d'hygiène) et non médicales (produits ménagers ou vêtements, par exemple). Ces données sont cohérentes avec celles décrites dans deux études américaines qui évaluent le reste à charge entre 371 et 489 $ [12]. Le reste à charge a été évalué, toujours aux États-Unis, à 37,8 Md$ en 2010.

La symptomatologie des patients avec DA est également à l'origine d'une surconsommation de ressources pharmaceutiques qui représentent entre 12 et 20 prescriptions annuelles par patient pour un coût global compris entre 14 580 et 22 123 $ [12]. Ces prescriptions concernent surtout des produits de dermocosmétique (émollients notamment) à l'origine d'une hausse des dépenses mensuelles des familles [13]. Les études de type "*Willingness to pay*" (ou volonté de payer) rapportent également que les patients avec DA accepteraient d'investir un budget mensuel compris entre 125 et 260 $ pour ne plus présenter de symptômes liés à leur pathologie [7].

Conclusion

Toutes les études convergent vers un constat : la DA pose des problèmes de santé publique considérables avec un double fardeau économique individuel (altération de la qualité de vie, reste à charge important) et sociétal (coût de prise en charge dont hospitalisation, absentéisme). Le coût de la prise en charge est d'autant plus élevé que la DA est sévère.

Nous le disions au début, la DA n'a pas encore connu de révolution thérapeutique, l'arrivée prochaine des biothérapies devrait amener à des réflexions sur l'analyse socio-économique de la maladie et de sa prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

1. Jeantet M, Lopez A, Destais N. Évaluation médico-économique en santé. Rapport publié par Inspection Générale des Affaires Sociales, décembre 2014. IGAS, Rapport n°2014-066R.
2. Le Pen C, Sicard D. Santé, l'heure des choix. *Desclée de Brouwer*, 2004.
3. Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS, 2011.
4. Bickers DR, Lim HW, Margolis D *et al.* The burden of skin diseases: 2004 a joint project of the American Academy of Dermatology Association and the Society for Investigative Dermatology. *J Am Acad Dermatol*, 2006;55:490-500.

Revues générales

5. Forum Objectifs Peau. JDP 2016.
6. Eckert L, Gupta S, Amand C *et al.* Impact of atopic dermatitis on health-related quality of life and productivity in adults in the United States: An analysis using the National Health and Wellness Survey. *J Am Acad Dermatol*, 2017;77:274-279.
7. Adamson AS. The Economics Burden of Atopic Dermatitis. *Adv Exp Med Biol*, 2017;1027:79-92.
8. Nørreslet LB, Ebbehøj NE, Ellekilde Bonde JP *et al.* The impact of atopic dermatitis on work life - a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2018;32:23-38.
9. Whiteley J, Emir B, Seitzman R *et al.* The burden of atopic dermatitis in US adults: results from the 2013 National Health and Wellness Survey. *Curr Med Res Opin*, 2016:1-7. [Epub ahead of print]
10. Narla S, Hsu DY, Thyssen JP *et al.* Inpatient Financial Burden of Atopic Dermatitis in the United States. *J Invest Dermatol*, 2017;137:1461-1467.
11. Eckert L, Gupta S, Amand C *et al.* The burden of atopic dermatitis in US adults: Health care resource utilization data from the 2013 National Health and Wellness Survey. *J Am Acad Dermatol*, 2018;78:54-61.e1.
12. Shrestha S, Miao R, Wang L *et al.* Burden of Atopic Dermatitis in the United States: Analysis of Healthcare Claims Data in the Commercial, Medicare, and Medi-Cal Databases. *Adv Ther*, 2017;34:1989-2006.
13. Silverberg JL. Public Health Burden and Epidemiology of Atopic Dermatitis. *Dermatol Clin*, 2017;35:283-289.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

réalités

Thérapeutiques en DERMATO-VÉNÉROLOGIE

☐ oui, je m'abonne à ***Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie***

Médecin : ☐ **1 an : 60 €** ☐ **2 ans : 95 €**

Étudiant/Interne : ☐ **1 an : 50 €** ☐ **2 ans : 70 €**
(joindre un justificatif)

Étranger : ☐ **1 an : 80 €** ☐ **2 ans : 120 €**
(DOM-TOM compris)

Bulletin à retourner à : **Performances Médicales**
91, avenue de la République – 75011 Paris
Déductible des frais professionnels

Bulletin d'abonnement

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Ville/Code postal : .....

E-mail : .....

Règlement

☐ Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)

☐ Par carte bancaire n° ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊
(à l'exception d'American Express)

Date d'expiration : ⌊⌊⌊⌊ Cryptogramme : ⌊⌊⌊

Signature :