

Dr Robert Siemens, MD,  
FRCSC  
Rédacteur en chef du JAUC

Cite as: *Can Urol Assoc J* 2013;7:82. <http://dx.doi.org/10.5489/auaj.752>

## Références

1. Rovere M, Skinner BJ. Health care at a crossroads. *Fraser Forum*. February 1, 2010. <http://www.fraserinstitute.org/research-news/research/display.aspx?id=10758>. Accessed April 8, 2013.
2. Canadian Institute for Health Information, National Health Expenditure Trends, 1975 to 2012 (Ottawa, Ont.: CIHI, 2012). [https://secure.cihi.ca/free\\_products/NHEXTrendsReport2012EN.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport2012EN.pdf). Accessed April 8, 2013.
3. Moore K, Lorenzo AJ, Turner S, et al. Prospective cost analysis of laparoscopic vs. open pyeloplasty in children: Single centre contemporary evaluation comparing two procedures over a 1-year period. *Can Urol Assoc J* 2013;7:94-8. <http://dx.doi.org/10.5489/auaj.11096>. Epub 24 Jan 2012.
4. Jones B, Syme R, Eliasziw M, et al. Incremental costs of prostate cancer trials: Are clinical trials really a burden on a public payer system? *Can Urol Assoc J* 2013;7:E231-6. <http://dx.doi.org/10.5489/auaj.11302>
5. Klinghoffer Z, Tarride J-E, Novara G, et al. Cost-utility analysis of radical nephrectomy versus partial nephrectomy in the management of small renal masses: Adjusting for the burden of ensuing chronic kidney disease. *Can Urol Assoc J* 2013;7:108-13. <http://dx.doi.org/10.5489/auaj.502>
6. Diamond GA, Kaul S. Cost, effectiveness, and cost-effectiveness. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009;2:49-54.

La mise au point de solutions coûteuses à bon nombre de maladies menaçant le pronostic vital, ainsi qu'aux maladies chroniques affectant la population vieillissante, ajoute de la pression sur notre système de santé. Selon le Fraser Institute, les coûts des soins de santé équivalent à plus de 50 % des revenus dans près de la moitié des provinces, et pourraient équivaloir à plus de 75 % des revenus dans 5 provinces d'ici 2019<sup>1</sup>.

Même si l'Institut canadien d'information sur la santé semble indiquer un ralentissement de la croissance des dépenses en soins de santé, il est clair qu'une réduction des coûts visant surtout la rémunération des médecins, les dépenses des hôpitaux et les coûts des médicaments demeurera notre réalité pour un certain temps encore<sup>2</sup>.

Dans ce numéro du JAUC, nous présentons un mini-thème tournant autour d'études portant sur les coûts des soins urologiques dans un contexte très typiquement canadien. Moore et ses collègues présentent un examen prospectif des coûts réels engagés pour une pyéloplastie pédiatrique effectuée par voie ouverte ou par laparoscopie<sup>3</sup>. Lorsqu'on compare les coûts globaux des interventions, il est souvent difficile d'interpréter les résultats selon la perspective de l'analyse, qui se trouve grandement influencée par le type de système de santé. Dans cet article, les données sur les coûts locaux ont été recueillies de façon prospective sur une courte période, puis réparties en fonction des différents départements, dont les soins infirmiers, l'imagerie diagnostique et la salle d'opération, ce qui a permis de mieux cerner les variables potentiellement modifiables en temps réel.

L'avenir des essais cliniques dans de nombreux contextes au Canada semble constamment menacé par des coupures au niveau fédéral et le besoin déjà mentionné de contrôler les coûts, surtout en milieu hospitalier. Néanmoins, la perception voulant que les coûts des soins prodigués aux patients participant aux essais cliniques soient plus élevés que ne l'exige la norme thérapeutique est remise en question par un article intrigant signé par Jones et ses collaborateurs<sup>4</sup>. Bien qu'il ne soit pas encore possible d'appliquer ces résultats de façon très générale en raison de la fenêtre limitée de la cohorte et de l'étude, l'absence de différence significative dans les coûts directs atténue grandement les préoccupations liées au fait que les essais cliniques constitueraient un fardeau trop important pour notre système de santé universel.

Dans une autre analyse des coûts, Klinghoffer et ses collègues présentent une analyse coût/utilité de la néphrectomie radicale en comparaison avec une néphrectomie partielle pour le traitement de petites masses rénales<sup>5</sup>. Les auteurs ont utilisé un modèle markovien d'analyse décisionnelle portant précisément sur l'état de santé en contexte de maladie rénale chronique et de dialyse. Tel qu'illustré, les analyses coûts/efficacité peuvent poser de réels problèmes, dont des difficultés liées à la qualité des données si celles-ci proviennent de modèles de simulation de maladie plutôt que d'essais cliniques. Les horizons temporels des analyses s'étendent souvent au-delà des données disponibles, exigeant le recours à davantage de résultats obtenus par modélisation plutôt que par mesure directe. De même, le seuil arbitraire de volonté de payer de 50 000 \$ est grevé d'importantes limites souvent ciblées s'il est strictement utilisé pour l'attribution des ressources<sup>6</sup>. Cela dit, les résultats de cette étude canadienne aident à faire ressortir le rôle de plus en plus crucial des approches d'épargne néphronique dans le traitement des petites masses rénales.

Les personnes responsables de la répartition des ressources liées aux soins de santé, qu'ils soient privés ou publics, devront constamment rester à l'affût de nouveaux moyens d'augmenter l'efficacité, en tenant compte des avantages et des coûts. Il est essentiel que notre communauté de chercheurs continue à produire ces données et à en débattre si nous voulons continuer à participer à l'intendance des soins urologiques à l'avenir.