

Comment gérer les rapports coût-efficacité ?

How to manage the cost-efficacy ratio ?

A. De Wever

Département d'Economie de la Santé, Ecole de Santé Publique, U.L.B.

RESUME

La science économique va introduire progressivement l'économie de santé dont la définition incite à rechercher une meilleure répartition des moyens tant publics que privés afin de faire plus ou mieux en faveur de la santé publique avec les fonds disponibles. Les besoins, l'offre, la demande et le comportement des consommateurs sont différents dans ce marché particulier qui évolue rapidement et se rapproche progressivement de l'économie de marché. L'état de santé des individus constitue la demande de soins et les biens et services médicaux sont l'offre. Le rôle des études d'évaluation en économie de santé est de favoriser un meilleur usage des ressources limitées pour des besoins illimités. Les principes de base d'une analyse du rapport coût/efficacité sont relativement simples. Ils comparent les coûts incrémentaux par rapport à l'accroissement d'efficacité. Le QALY se fonde sur le principe que l'on combine la qualité et la quantité de vie en un seul concept, la mesure de la " qualité de vie " d'une personne à un moment donné. Le 100^{ème} rapport du KCE aborde les limites de cette méthode et son utilisation absolue comme en Angleterre. En effet, il convient de tenir compte d'autres facteurs dont la valeur ajoutée en termes d'efficacité clinique, d'accessibilité, de gravité des situations pathologiques et de caractère émotionnel. L'ICER (Incremental Cost Efficacy Ration) a de nombreuses faiblesses et peut donner l'illusion que la décision de prise en charge est simple. Toutefois négliger l'approche économique n'est pas non plus éthique. L'ICER est avant tout un facteur de pondération.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 437-40

ABSTRACT

The economical science will gradually introduce the health economy of which the definition urges to seek for a better distribution between public and private means to do more and better for the public health. The health market is principally conducted by the supply and demand law. The needs, the supply and demand and the consumer's behaviour are different in this particular market which evolves continuously and progressively goes closer to the market economy. The health status of each human represents the health demand and the medical goods and services are the supply. The role of the valuation studies in health economy is to favour a better use of the limited resources to the unlimited needs.

The basic principles of a cost efficacy analysis are relatively simple. They compare the incremental costs with the increase of efficacy. The QALY is built with a combination between life quality and quantity in a unique concept : the measurement of the quality of life of a human at a given moment. The 100th report of the KCE established the restrictions of this method and its absolute use as in England. Indeed we have to take into account other factors as the added value in terms of clinical efficacy, accessibility, the seriousness of pathological cases and the emotional situation.

The ICER (Incremental Cost Efficacy Ration) has a lot of weaknesses and may give the illusion that the reimbursement decision is easy. Nevertheless to neglect the economic approach is not ethical. ICER is first of all a balance factor.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 437-40

Key words : health economy, health supply and demand, cost efficacy, QALY, ICER

INTRODUCTION

L'économie de santé est une discipline que l'on peut définir comme l'application des théories, outils et concepts de la science économique aux problématiques de la santé et des systèmes de soins. Puisque l'économie, en tant que science, étudie l'allocation de ressources rares, l'économie de la santé étudie les questions liées à l'allocation de ressources rares dans le but d'améliorer la santé.

Malgré sa jeunesse et sa mauvaise réputation dans un milieu, où éthiquement et déontologiquement, elle ne devrait pas être prise en considération, elle s'installe progressivement dans les milieux médicaux. Au départ, elle était considérée comme un prétexte ou un moyen de faire des économies ou encore une simple méthode pour comptabiliser les dépenses. Elle fut même accusée de vouloir supplanter la démarche clinique au profit d'une approche financière, politique voire administrative.

MARCHE DES SOINS DE SANTE

Le marché des soins de santé est constitué de l'ensemble des biens et services offerts ou consommés en soins de santé. L'état de santé des individus constitue la demande de soins et les biens et services médicaux sont l'offre.

La demande se traduit par un besoin qui est une exigence de la nature, mais de plus en plus de la société, traduite par les médias et la population. Les besoins sont de quatre types. En premier lieu, ils traduisent des besoins de type normatif et sont définis par des experts. Ils évoluent avec la science en fonction des découvertes et des publications. D'autres besoins sont ressentis par la population et peuvent parfois être exprimés. Le besoin ressenti se traduit en demande. Le besoin comparatif va mettre en évidence les inégalités de la société.

COMPORTEMENT DU PATIENT

La demande en soins de santé est avant tout un besoin inattendu soudain et désagréable. Elle diffère complètement de la demande dans le marché habituel. Le patient ne s'attend pas à devenir demandeur et ignore le contenu de cette demande qu'il faut satisfaire immédiatement sans en connaître les implications, le prix et les possibilités alternatives. Le choix est donc peu influencé par le prix ou le prix des autres biens. Les biens de substitution en principe n'existent pas car l'art de guérir ne permet aucune substitution malgré l'influence des médecines parallèles et des dérivés non scientifiques. Le revenu du consommateur n'influence rien car la tarification et le remboursement des soins ne dépendent pas du niveau de revenus du consommateur. Le prix des soins influence peu le choix et la qualité ne peut que rarement être jugée par le consommateur qui, en général, ne peut exprimer ni le contenu ni la quantité ni les caractéristiques de sa demande. Dans ce cas, si le consommateur est faible,

il est également non intelligent, non informé et non cohérent. Car, il n'exprime pas lui-même sa demande mais la confie à l'offreur de soins qui devient ainsi également le demandeur. Le consommateur n'aura pas la connaissance du marché sans relation avec les revenus disponibles et les prix pratiqués¹.

OFFRE DE SOINS

L'offre de soins est constituée des biens (médicaments, matériel, équipements et prothèses) et des services qui peuvent être individuels ou collectifs. Les soins individuels concernent les relations avec les patients dans les services hospitaliers ou ambulatoires. Les soins collectifs sont préventifs et prophylactiques pour des populations non individualisées et l'hygiène ne peut être que le fait d'une décision communautaire.

L'offre de soins est monopolistique et ne permet pas de substituer puisque l'art de guérir est défini aujourd'hui par des " *guidelines* " et l' " *evidence based medicine* ". Le prix n'est plus non plus un facteur de choix puisque la sécurité sociale rembourse les soins suivant une nomenclature établie. En plus, l'irresponsabilité financière est organisée par le fait que les producteurs de soins ne sont en général pas les investisseurs et que les prix sont fixés par la sécurité sociale et l'Etat. De plus, la qualité du service rendu est définie par l'expertise professionnelle et non par le client. En plus, la notion de rentabilité est incompatible avec la liberté thérapeutique ou immorale à l'égard des individus malades. D'ailleurs, aujourd'hui, l'offre peut être influencée par la richesse individuelle, la créativité, et surtout l'orientation de la demande sans nécessairement procéder à l'évaluation de l'offre et de la demande.

En principe, dans le marché, si la demande est satisfaite, la consommation diminue². En réalité, dans le marché des soins de santé, le niveau de satisfaction n'est jamais atteint et les prix et les revenus ne jouent pas leur rôle de régulateurs.

BIENS ET SERVICES ECONOMIQUES ?

Pour beaucoup d'économistes et de responsables politiques, la santé n'est qu'une source de dépenses et ne constitue pas un facteur économique fondamental. En réalité, par l'accroissement de la durée moyenne de vie, la diminution de la mortalité, la réduction des états morbides et la réduction des déficiences, les soins de santé constituent des biens et services économiques qui favorisent l'offre de travail tant en quantité qu'en qualité à la fois sur le plan collectif et individuel.

METHODES ET TECHNIQUES D'EVALUATION DES SERVICES DE SANTE

Les méthodes et les techniques d'évaluation des services et des biens en matière de soins de santé sont basées sur le choix des priorités. Les questions qui se posent sont relatives à la recherche des

destinataires, des moments, des lieux et des manières d'attribuer les meilleurs soins de santé afin de contribuer à la meilleure politique de santé. Les choix sont difficiles à réaliser et doivent tenir compte de la nature, des niveaux et des critères variables des choix. En effet, tant le lieu de dispensation des soins, le niveau des décideurs que les éléments culturels, religieux et conjoncturels conditionnent le niveau des choix et surtout des décisions. Le critère économique ne sera qu'un élément mais, de plus en plus, il sera pris en considération.

Les études d'économie de santé tiendront toujours compte de plusieurs éléments. Les coûts directs médicaux et non médicaux peuvent être comptabilisés facilement. Les coûts indirects concernent la perte de productivité et sont parfois plus difficiles à établir. Il en va de même des coûts intangibles. La somme de ces éléments doit se comparer au départ de programmes de soins différents dont il faudra comparer les bénéfices économiques, cliniques et qualitatifs en matière de bien-être. Les études en matière de minimisation des coûts, de coût-efficacité, de coût-utilité et de coût-bénéfice illustrent les possibilités de l'économie de santé avec chacune leurs propriétés qui permettent d'approcher mieux l'efficacité des soins de santé.

LE RAPPORT COUT-EFFICACITE

Les principes de base d'une analyse du rapport coût/efficacité sont relativement simples³. Le raisonnement comprend trois étapes :

- 1) Le calcul de la différence de coûts entre le Nouveau traitement et le traitement Actuel ($C_N - C_A$). Il est à noter qu'il s'agit bien de la différence de coûts nette, qui tient donc déjà compte des économies.
- 2) Le calcul de la différence en efficacité entre le Nouveau traitement et le traitement Actuel ($E_N - E_A$). Nous devons exprimer ce gain de santé en une " unité ", de la même façon que nous représentons les prix en €, ou le poids en kg.
- 3) Le calcul du " ratio incrémental coût/efficacité " ($C_N - C_A$) / ($E_N - E_A$). En Anglais, on parle du " incremental cost-effectiveness ratio " ou ICER⁴.

Les résultats sont exprimés en deux dimensions. Ils sont généralement représentés comme à la figure 1. Sur cette figure, communément appelée " *cost-effectiveness plane* ", le traitement actuel est placé au centre et on placera le nouveau traitement sur la figure en fonction de la différence d'effet (représentée sur l'axe X) par rapport au traitement actuel et de la différence de coût (représentée sur l'axe Y) par rapport au traitement actuel.

La notion de QALY

La notion de QALY est l'abréviation de *Quality Adjusted Life Years*, ou en français : années de vie ajustées par la qualité⁵. Le QALY se fonde sur le principe que l'on combine la qualité et la quantité de vie en un seul concept. Les figures 2 et 3 en sont

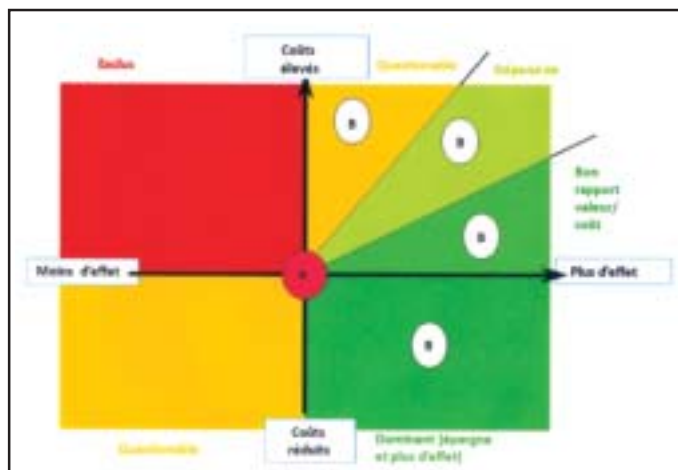


Figure 1 : Représentation graphique coût-efficacité.

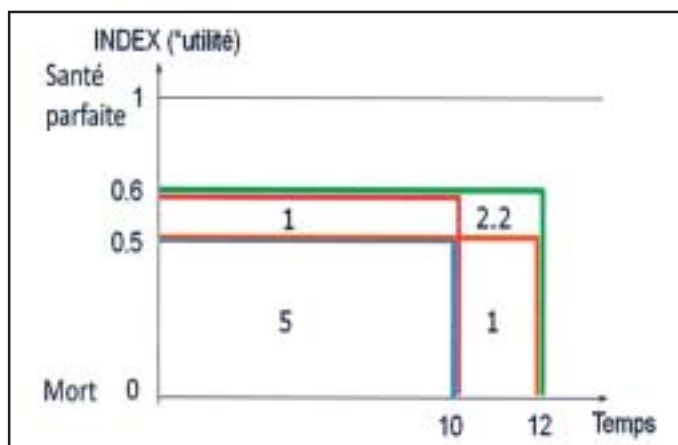


Figure 2 : Représentation schématique du QALY.

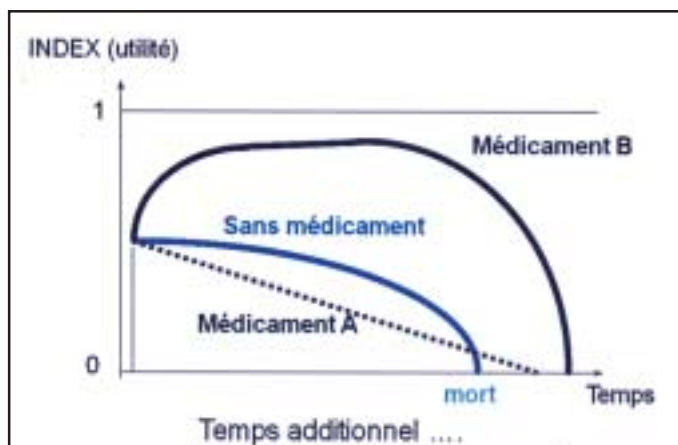


Figure 3 : Représentation schématique du QALY.

l'illustration. Sur l'axe Y, nous voyons un index allant de 0 à 1 ; 1 correspond à une santé parfaite et 0 correspond à la mort. L'index exprime un niveau de " qualité de vie ".

Comment mesurer l'index ?

L'index, une valeur située entre 0 et 1, mesure la " qualité de vie " d'une personne à un moment donné. Il serait plus correct d'utiliser le terme " utilité " de l'état de santé d'une personne à un moment donné. En effet, l'index ne concerne pas tellement l'état de santé à

proprement parler mais plutôt la manière dont cet état de santé est *ressenti*. Le terme utilité vient de la théorie économique selon laquelle le choix que fait une personne entre deux ou plusieurs produits est déterminé par son budget, par le prix des produits et par *l'utilité* qu'elle ressent lors de son choix. Si quelqu'un choisit (préfère) du chocolat plutôt que du pain (on suppose que le prix est le même pour les deux denrées), c'est parce qu'il aura le sentiment d'avoir une plus grande utilité en consommant du chocolat. Il en va de même pour la santé et la maladie : l'index, l'utilité, exprime dans quelle mesure l'on préfère un certain état de santé. Cette préférence s'exprime par une valeur entre 0 et 1.

Il existe plusieurs méthodes pour mesurer cette utilité. Une méthode très courante est basée sur le questionnaire EuroQol SD (EQ-SD). Ce questionnaire comporte 5 questions avec, pour chaque question, 3 réponses possibles. Sur base des réponses données, on va dresser un profil.

La limite du " finançable "

Revenons maintenant sur la limite jusqu'à laquelle la société est prête à payer pour des gains de santé. Imaginons qu'une nouvelle thérapie dans le traitement du cancer du sein coûte 30.000 €. A terme, la thérapie rapporte en moyenne 3 QALY. Le *ratio* incrémental coût/efficacité est de $30.000 / 3 = 10.000$ € par QALY. Un autre traitement qui ne coûte que 5.000 € mais ne rapporte que 0,1 QALY, coûte $5.000 / 0,1 = 50.000$ € par QALY et donne donc un résultat qui est nettement moins bon que dans le premier exemple. Il faut toujours ramener le résultat sur un dénominateur de 1 QALY pour comprendre à quel coût on peut gagner 1 QALY.

La figure 4 donne un aperçu des résultats.

Pays	Devise	Seuil en devise locale	Seuil en Euro
USA	USD	50000-100000	36600-73200
Sweden	SEK	500000	54000
UK	GBP	30000	44500
Australia	AUSD	42000-76000	26200-47400
Canada	CND	20000-100000	13700-68700
The Netherlands	EURO	20000	20000
New Zealand	NZD	20000	11200

Figure 4 : Aperçu de l'engagement de financement maximal pour un QALY.

CONCLUSION : L'APPROCHE COUT-EFFICACITE DANS LE MONDE REEL

Cette approche a fait l'objet du 100^{ème} rapport du KCE. Dans ce rapport, les limites de cette méthode et son utilisation absolue comme en Angleterre sont critiquées. En effet, il convient de tenir compte d'autres facteurs dont la valeur ajoutée en termes d'efficacité clinique, d'accessibilité, de gravité des situations pathologiques et de caractère émotionnel⁶.

L'ICER a de nombreuses faiblesses et peut donner l'illusion que la décision de prise en charge est simple. Toutefois négliger l'approche économique n'est pas non plus éthique.

L'ICER est avant tout un facteur de pondération.

BIBLIOGRAPHIE

1. De Wever A : Economie de Marché, Economie de Santé. Rev Med Brux 2002 ; 23 : 227-30
2. Nagels J : Eléments d'économie politique, 2^{ème} édition. U.L.B. : 98
3. Kurz X, Torfs K, Bussels J, Annemans L : Introduction aux évaluations économiques en matière de soins de santé. Astra 2000 : 33-43
4. Annemans L : L'Economie de la Santé pour non économistes. Academia Press, 2008 : 17
5. Annemans L : L'Economie de la Santé pour non économistes. Academia Press, 2008 : 20
6. De Paepe N : L'approche coût-efficacité en débat. Le Journal du Médecin 1986 ; 20 mars 2009 : 4

Correspondance et tirés à part :

A. DE WEVER
Ecole de Santé Publique U.L.B.
Département d'Economie de la Santé
Route de Lennik 806 CP 592
1070 Bruxelles
E-mail : alain.deweever@ulb.ac.be

Travail reçu le 3 mai 2009 ; accepté dans sa version définitive le 3 juillet 2009.