

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANÉSTHÉSIE ET DE RÉANIMATION

PARIS – 2 AVRIL 2009

Petit Cours Illustré de MédicoEconomie

Robert LAUNOIS

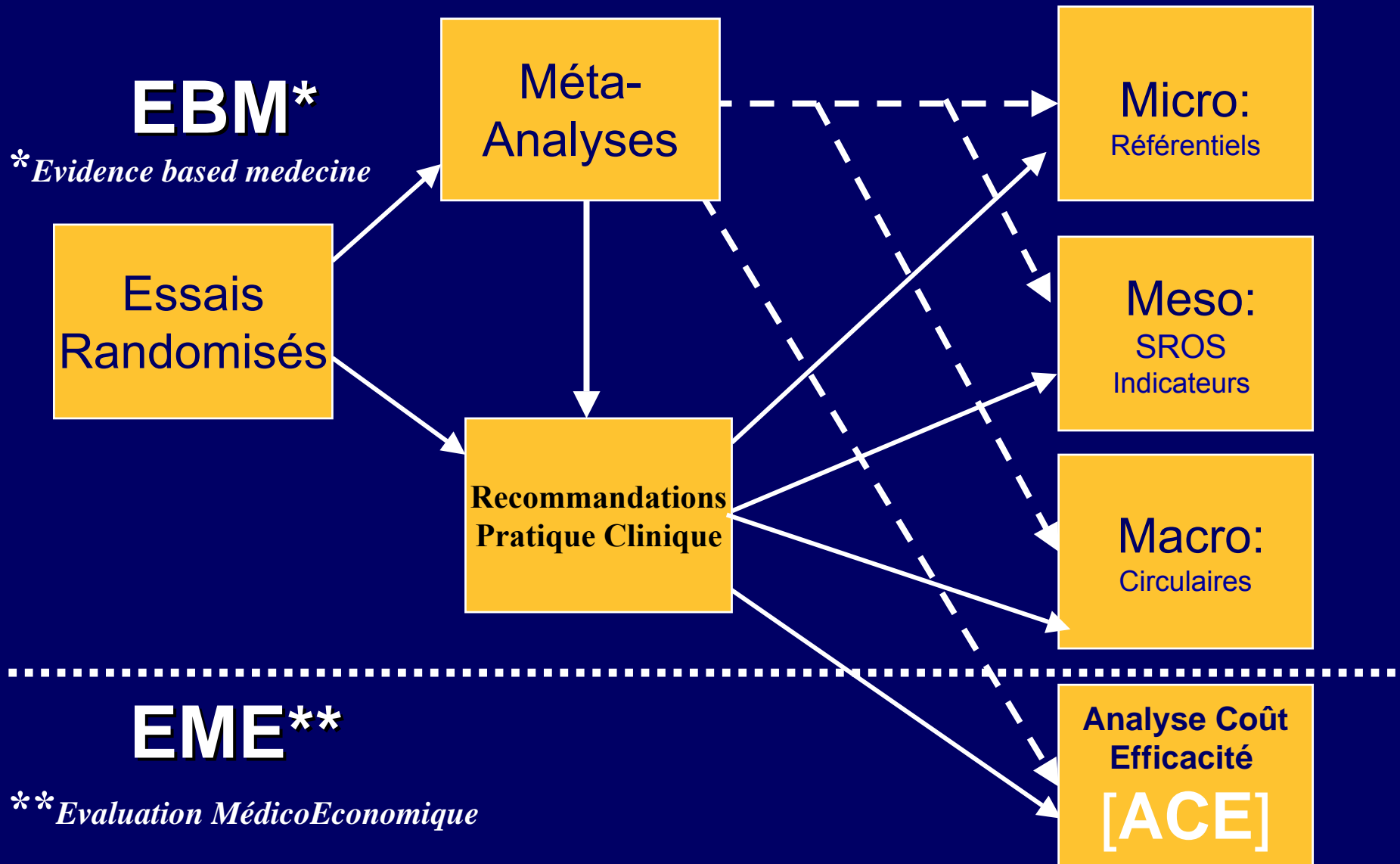
REES France : Réseau d'Evaluation en Economie de la Santé
28, Rue d'Assas - 75006 PARIS - ☎ 01 44 39 16 90 – E-mail: reesfrance@wanadoo.fr

<http://www.rees-france.com>

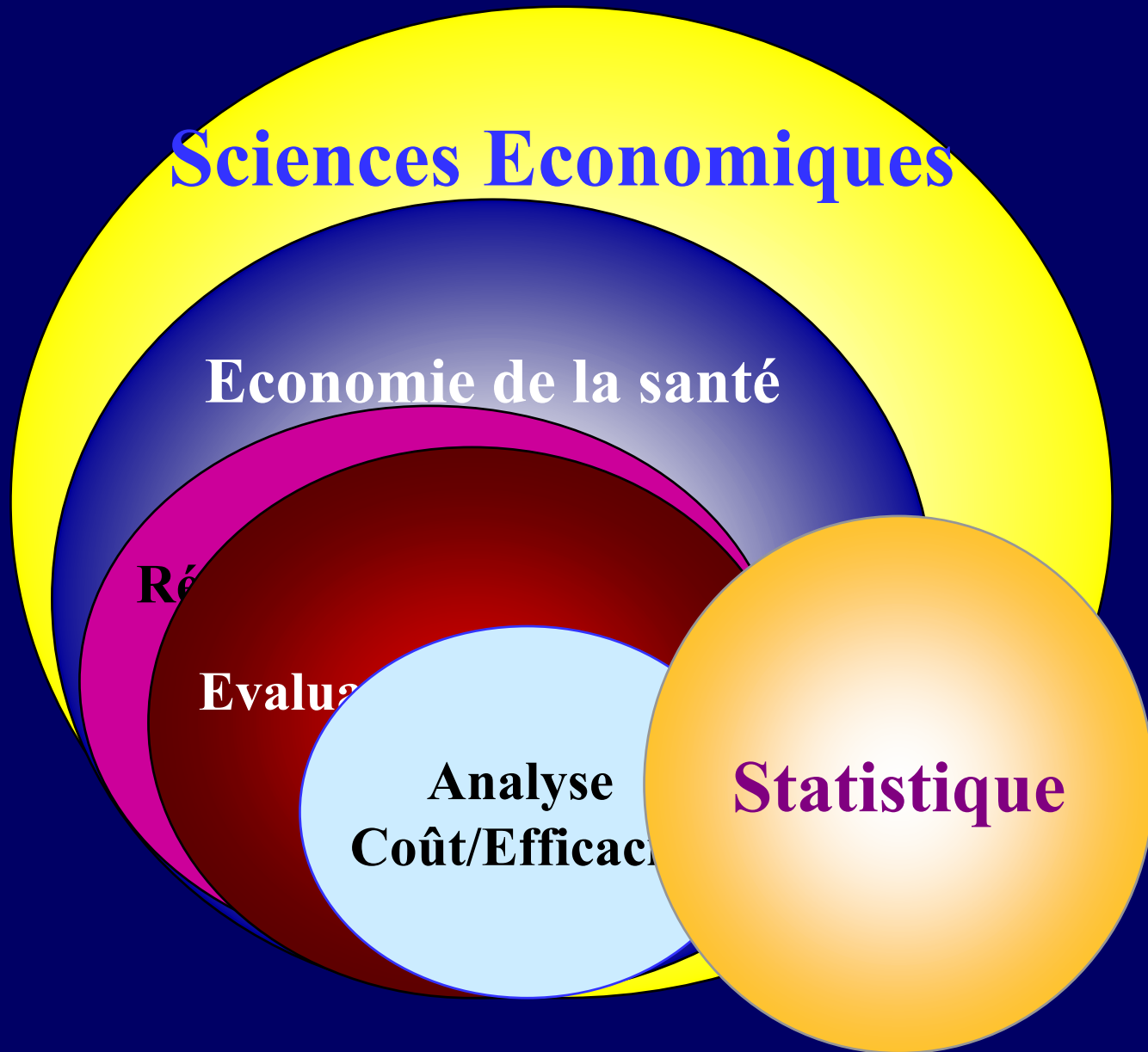
Il Existe des Modes En Economie de la Santé, Comme Ailleurs...

- 1980-1990: Systèmes de santé comparés
- 1990-2000: Qualité de vie
- 2000-2010: Evaluation Médico Economique

De la Recherche Clinique à la Politique de Santé EBM* et EME**



EME: Un Lien entre Science & Décision



Qu'Est Ce Que l'Evaluation Médico-Economique?

- L'évaluation médico-économique ne se limite pas à la simple analyse des conséquences financières des choix politiques
- C'est une activité multi-disciplinaire, qui combine :
 - **Epidémiologie**
 - **Données cliniques**
 - **Réglementation pharmaceutique**
 - **Tarifs de remboursement**
 - **Biostatistique**
 - **Ethique**
 -

Qui S'en Sert?

- La Haute Autorité de Santé
- Le CEPS, la CEPP, la CEAP
- Les cliniciens à l'initiative des sociétés savantes
- Les pharmaciens hospitaliers
- Les réseaux de santé
- Les observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques
- Les STIC, les PHRC

Pour Faire Quoi?

Pour défendre les intérêts des malades
en sélectionnant sur une base scientifique

les « interventions » qui offrent

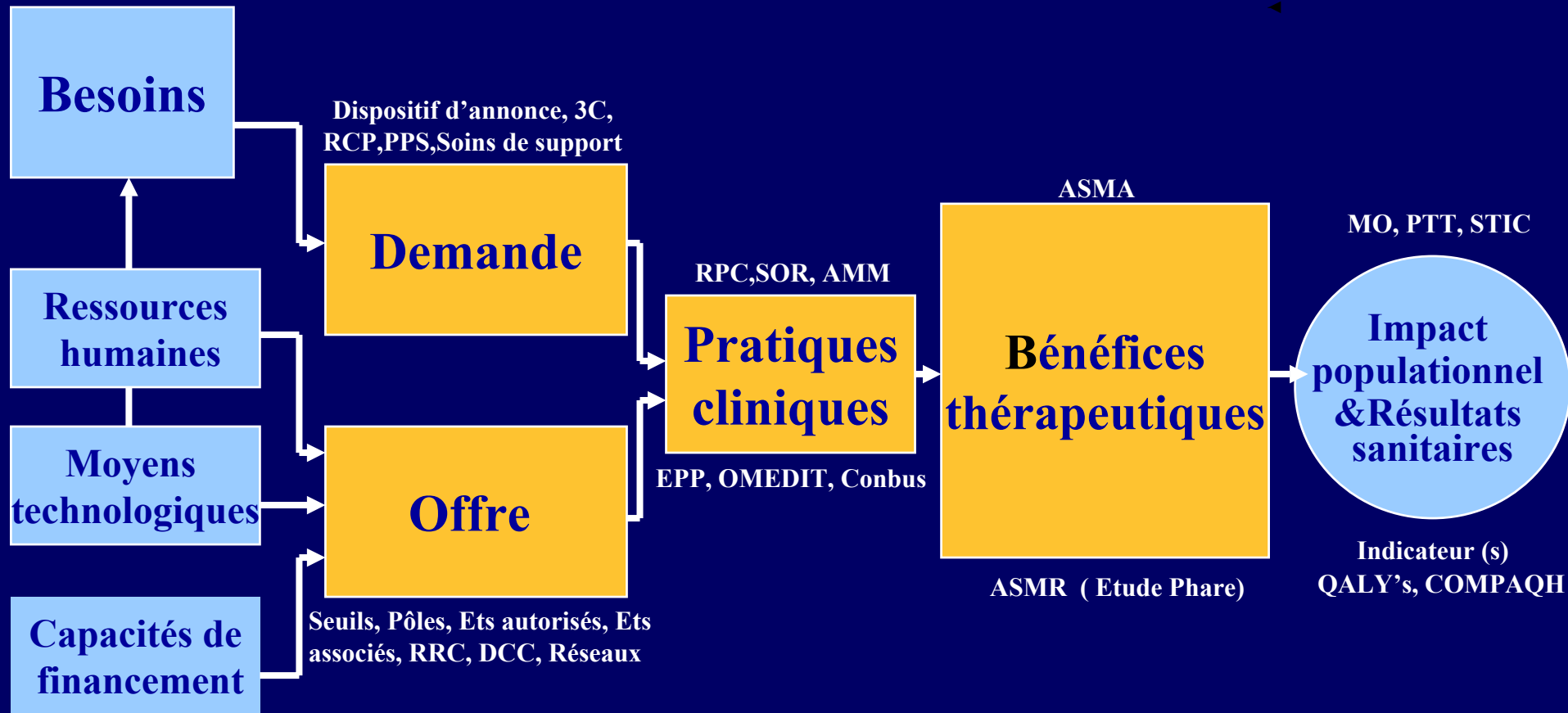
*les meilleurs bénéfices thérapeutiques, humains et
financiers*

par unité monétaire engagée

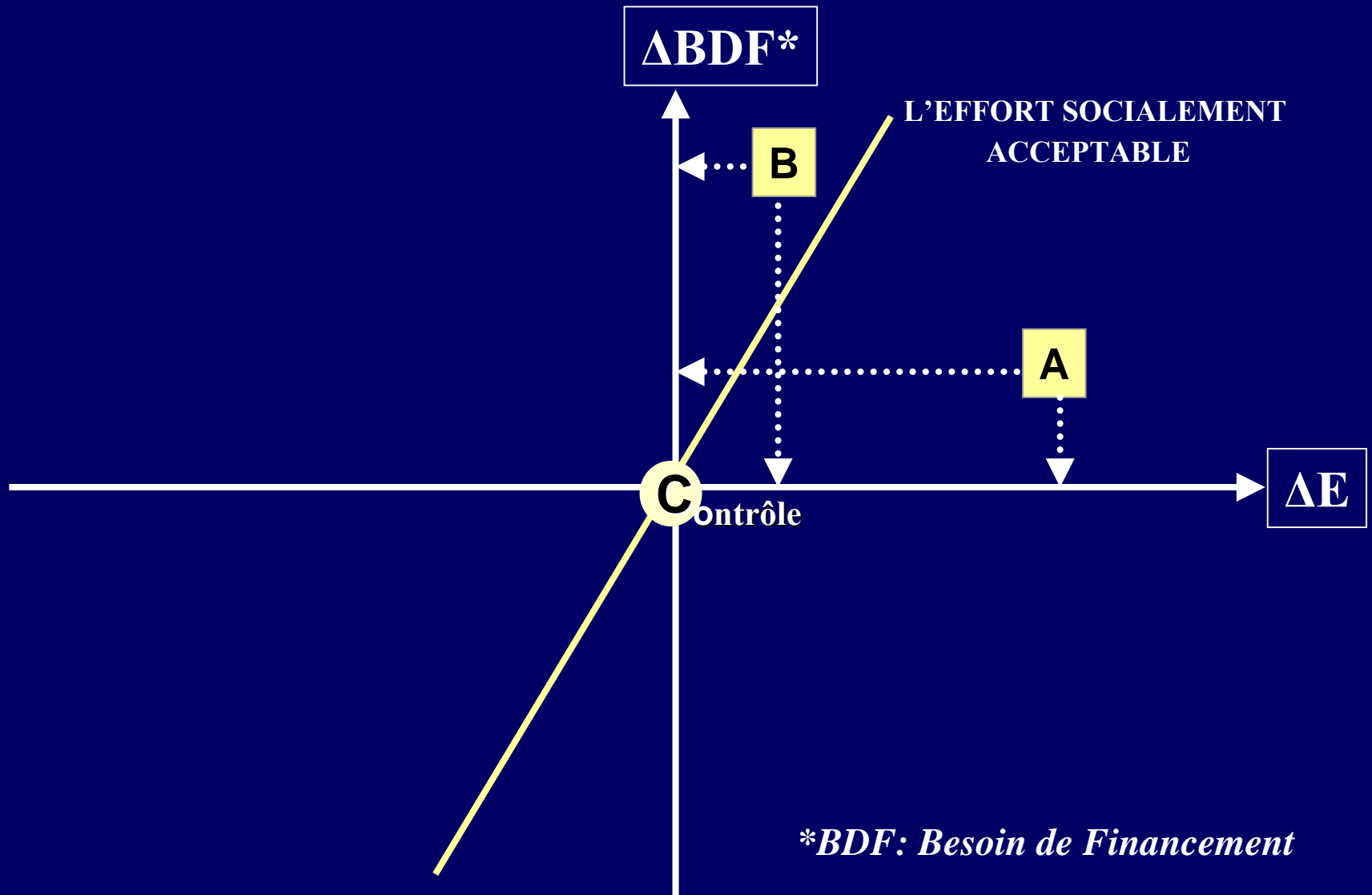
$$\text{« AME »} = \text{EBM} + \text{ACE}^*$$

* ACE: Analyse Coût Efficacité

L'EME : Une Approche Systémique de l'Innovation



On a mis Combien? Pour Obtenir Quoi?



**BDF: Besoin de Financement*

Un Questionnement Simple

- Quelle Quantité d'effet thérapeutique ?
- Quels besoins de financement?
- Quel est l'effort socialement acceptable?

L'Accès Au Marché : Savoir Attaquer L'obstacle Pour le Franchir



**Associations
de patients**



Prescripteurs



COMEDIM

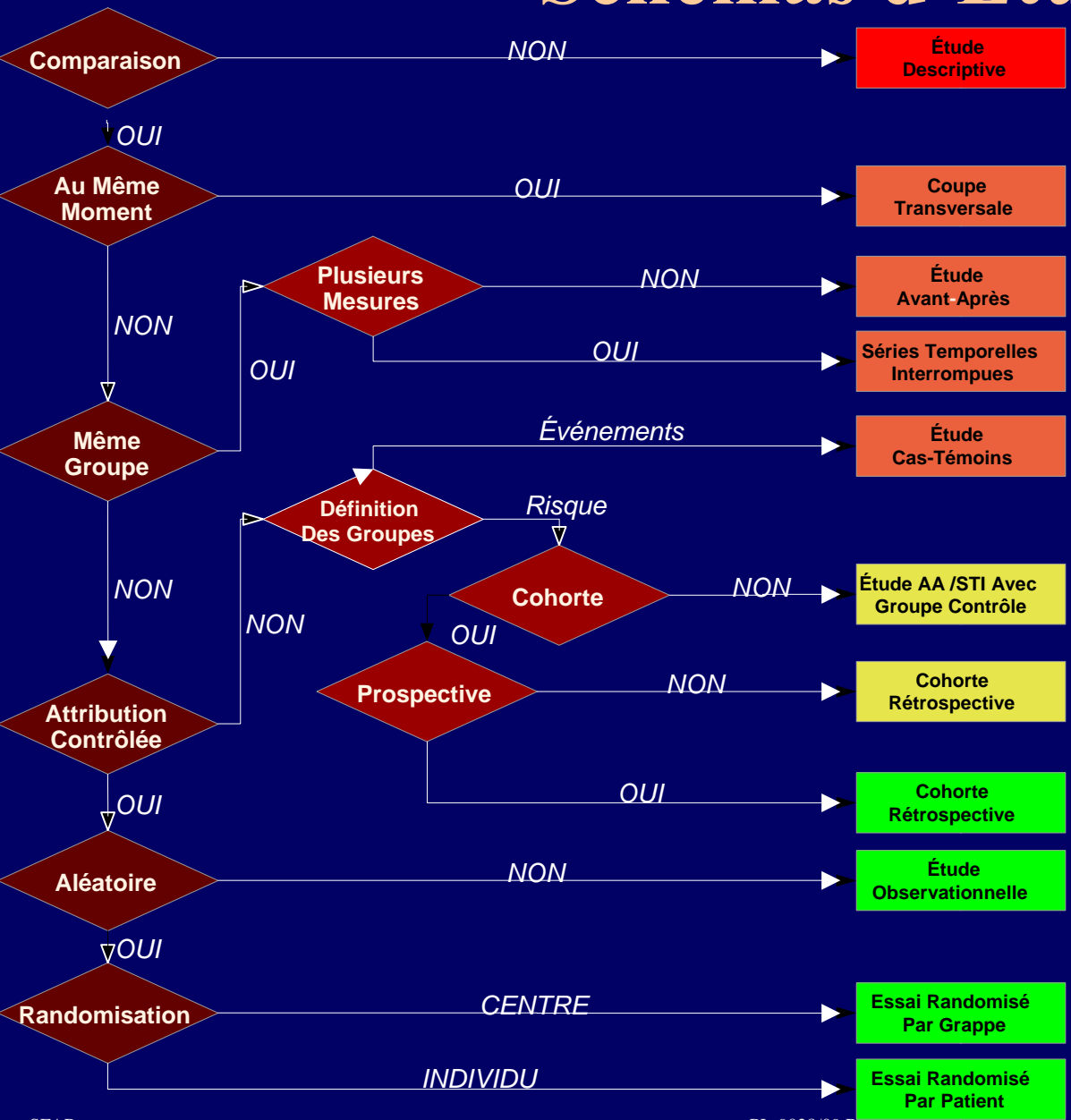


ARS



**CT, CPP, CEAP,
CEPS**

Schémas d'Étude



ABSENCE DE PREUVE

ADEQUATION FAIBLE DE LA PREUVE

ADEQUATION MODEREE DE LA PREUVE

ADEQUATION FORTE DE LA PREUVE

Appréhender la Quantité d'Effet: ΔE

pour quantifier la
différence entre
les traitements



Comparer les Indices d'Efficacité et de Sécurité sur les Critères de Jugement

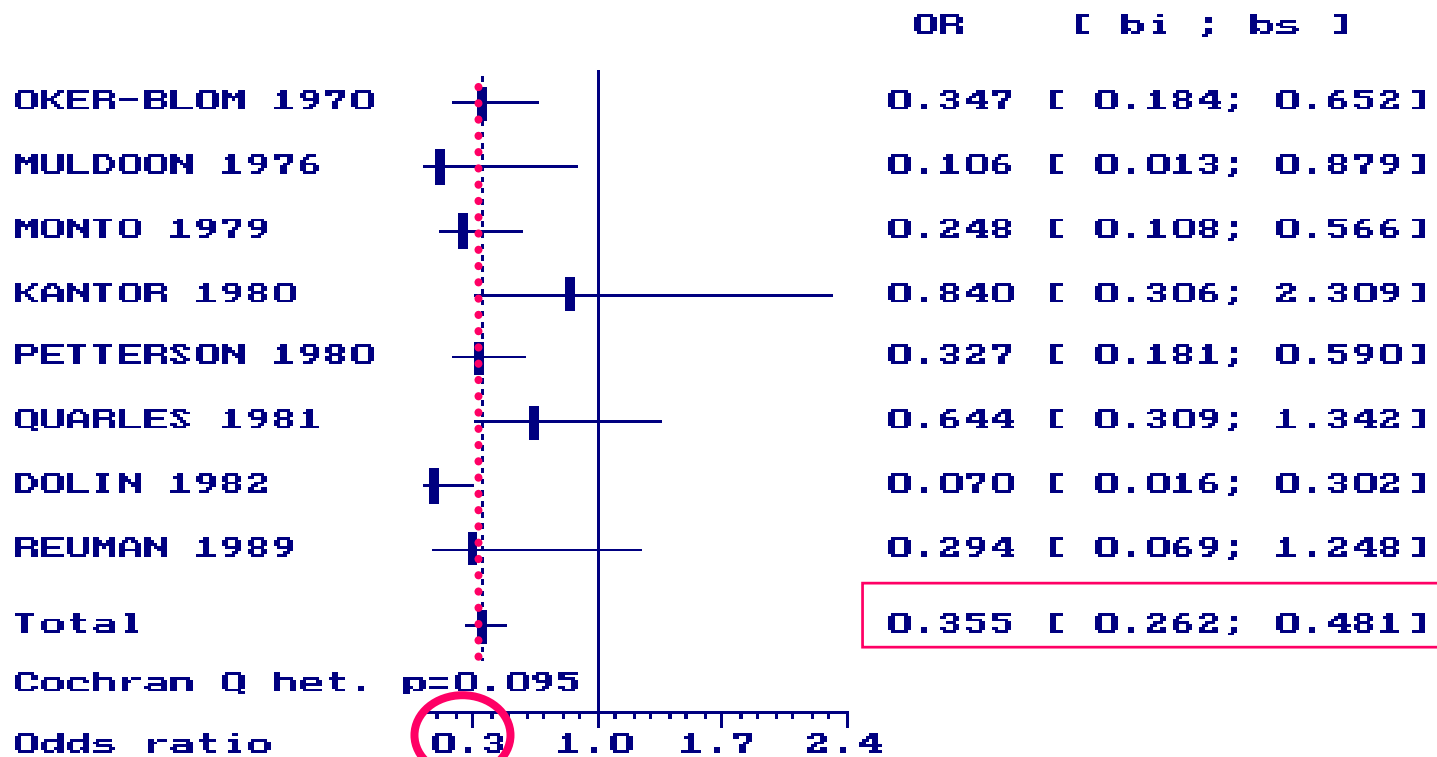
- Risque absolu et Réduction absolu du risque
- Risque relatif
- Rapport des côtes [OR]
- $\text{Log OR} = \text{Différences de log de rapports de côtes}$
- Nombre de sujets à traiter
- Rapport de risques instantanés

Maitriser la Quantification des Effets Thérapeutiques

ramantadine dans la prévention de la grippe

Effet

Odds ratio, fixed model
Bilateral CI, 95% for trials, 95% for MA



Estimer les Avantages et les Risques des Traitements à Partir des Mêmes Données

Risque = Décision + Aléas thérapeutique + Conséquences
Trois éléments caractérisent les choix :

- **Les options thérapeutiques disponibles**
- **Les probabilités de survenue des événements conditionnellement au traitement choisi et leurs distributions**
- **Les conséquences dommageables ou bénéfiques qui en résultent et leurs contre-valeurs monétarisées.**

Tenir Compte des Préférences de la Personne Malade

[ex chimiothérapie cancer du sein métastatique]

État clinique

Ex. réponse au traitement



État de santé

Description à partir du vécu du patient (grille de référence HUI)



Mesure de l'utilité

Pondération de l'état de santé par l'appréciation subjective de la qualité de vie

Intégrer les Jugements de Valeurs en Pratique Clinique

Etats de Santé cancer du sein métastatique	Cx de Qualité de Vie
Avant le début de la chimiothérapie (ES1)	0,86
Toxicités mineures (ES2)	0,76
Neutropénie fébrile sans hospitalisation (ES4)	0,66
Progression précoce (ES20)	0,52
Réponse confirmée (ES5)	0,81
Réponse confirmée avec oedèmes graves (ES14)	0,74
Réponse confirmée et neuropathie sévère (ES8)	0,57
Stabilité (ES6)	0,75
Progression (ES7)	0,65
Progression et oedèmes graves (ES16)	0,53
Soins terminaux (ES21)	0,25

Chiffrer le Besoin de Financement: ΔC

La T2A



Identifier la Demande de Soins à partir de la Base PMSI

[Exemple Chirurgie du Cancer du Sein]

Alsace	> 2 400	Île de France	> 9 700
Aquitaine	> 3 400	Languedoc Roussillon	> 3 100
Auvergne	> 1 500	Limousin	> 1 000
Basse Normandie	> 1 400	Lorraine environ	2 300
Bourgogne	> 1 900	Midi Pyrénées environ	3 500
Bretagne	> 3 400	Nord pas de calais environ	4 700
Centre	> 2 800	Pays de Loire environ	4 600
Champagne Ardenne	> 1 700	Picardie	> 1 400
Corse	> 260	Poitou Charente environ	1 900
Franche comté	> 1 100	PACA environ	4 900
Haute Normandie environ	2 000	Rhône alpes environ	7 200
	DOM > 700	total	67 000

Autorisation CNIL 1268116

Dénombrer les Contacts:

- Etude observationnelle rétrospective (TC2) dans 59 centres hospitaliers français 293 patients ont été inclus entre avril et juillet 2006. 277 patients éligibles
- Critères d'inclusion des patients :
 - ✓ Patient adulte souffrant de PR (critère ACR20),
 - ✓ En échec à un anti-TNF α et traité par un 2^{ème} traitement ciblé depuis au moins 4 mois.
- Critère d'exclusion: traités en 3^{ème} ligne ou plus

Evaluer la Valeur des Moyens Thérapeutiques Nécessaires:

- Identifier le besoin de financement d'une option (BDF)
- Comparer les besoins de financement des options
- Minimiser les besoins de financement **OBSOLETE**
- Analyser l'Impact sur le CTJ **FRANCE**
- Analyser l'Impact Budgétaire sur la CSBM
- Conduire une Analyse Besoins de financement / Utilité (QALY's)

Valoriser de Coûts:

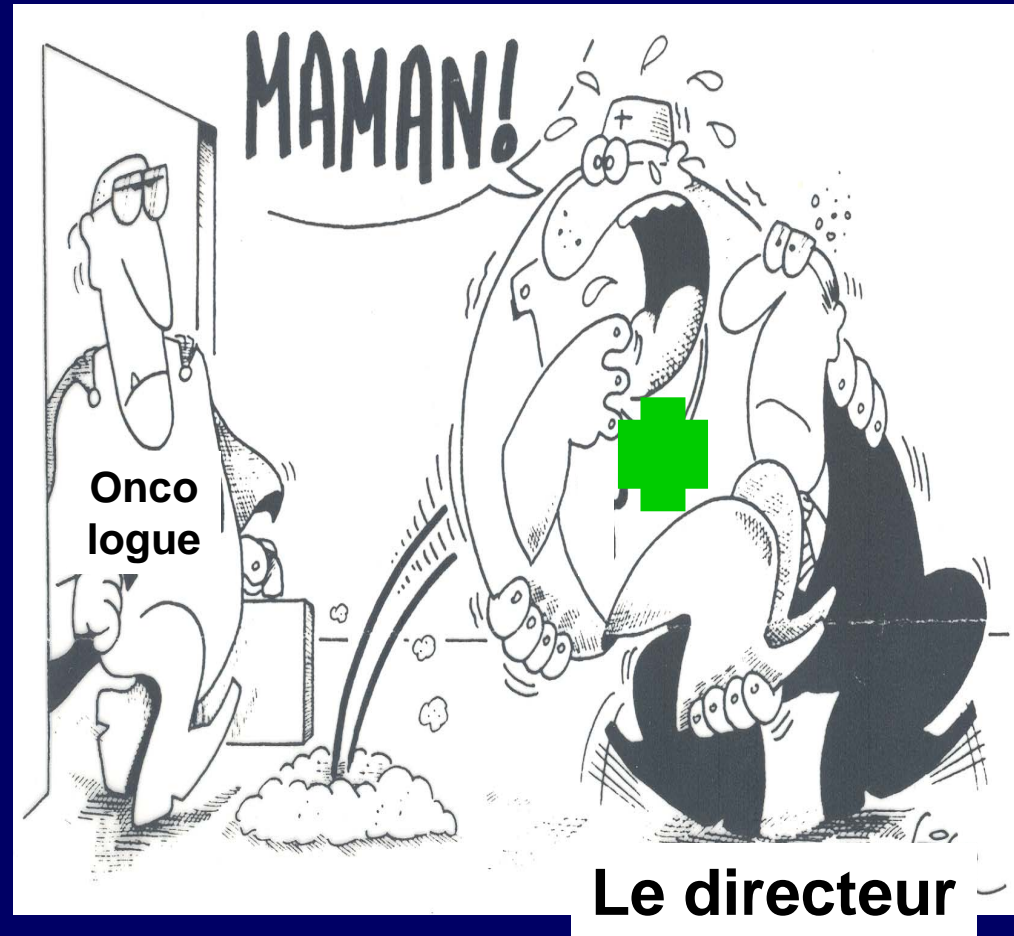
Un travail de Chartiste

- 4 tarifs de la liste hors T2A d'avril 2006 pour les traitements médicamenteux ciblés
- 82 prix publics TTC des traitements médicamenteux concomittants
- 24 tarifs GHS correspondant aux hospitalisations observées
- 7 tarifs de consultations médicales et paramédicales
- 32 actes d'imagerie, actes de biologie : nomenclatures CCAM, NGAB
- 3 zones tarifaires de transport sanitaire

Sources: Nomenclatures PMSI, CCAM, NABM, NGAP

Estimer L'Impact Financier Sur Les Budgets Hospitaliers : Δ ISBH

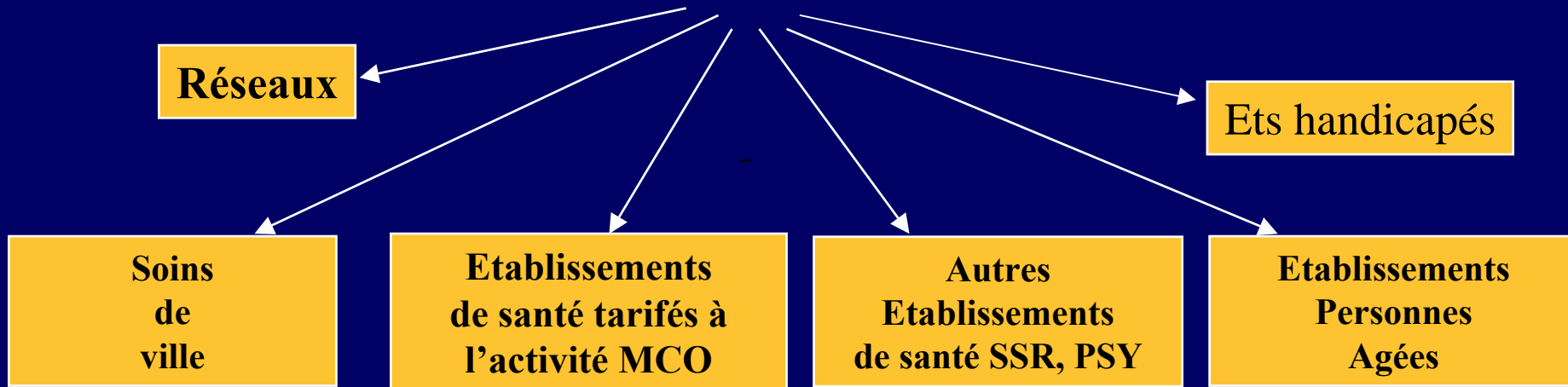
Paiements en sus
et valorisation
des tarifs GHS



Combien la Représentation Nationale Est-Elle Prête à Verser ?

Le Parlement vote la loi de financement de la Sécurité Sociale qui fixe l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

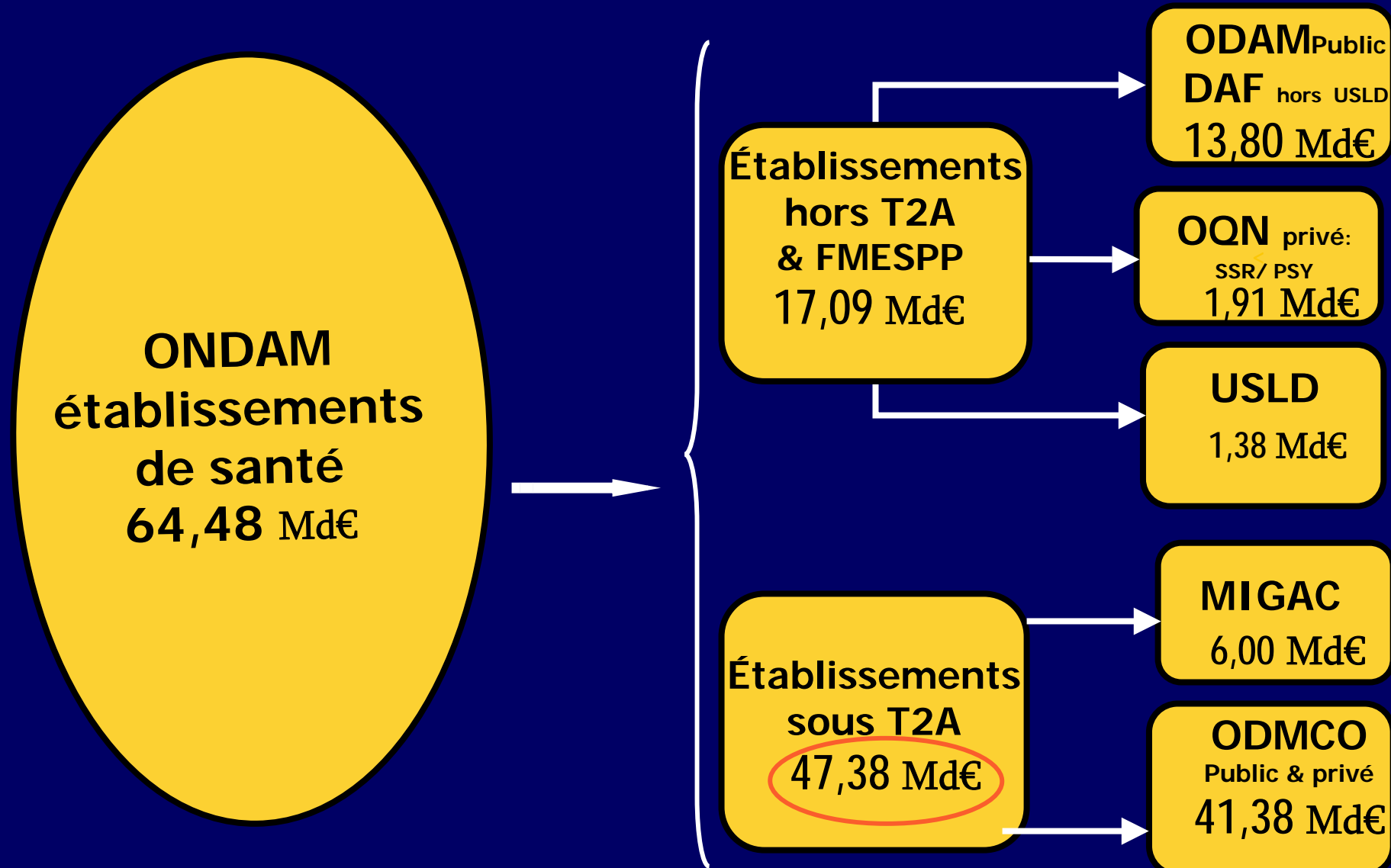
Réparti entre 6 sous objectifs



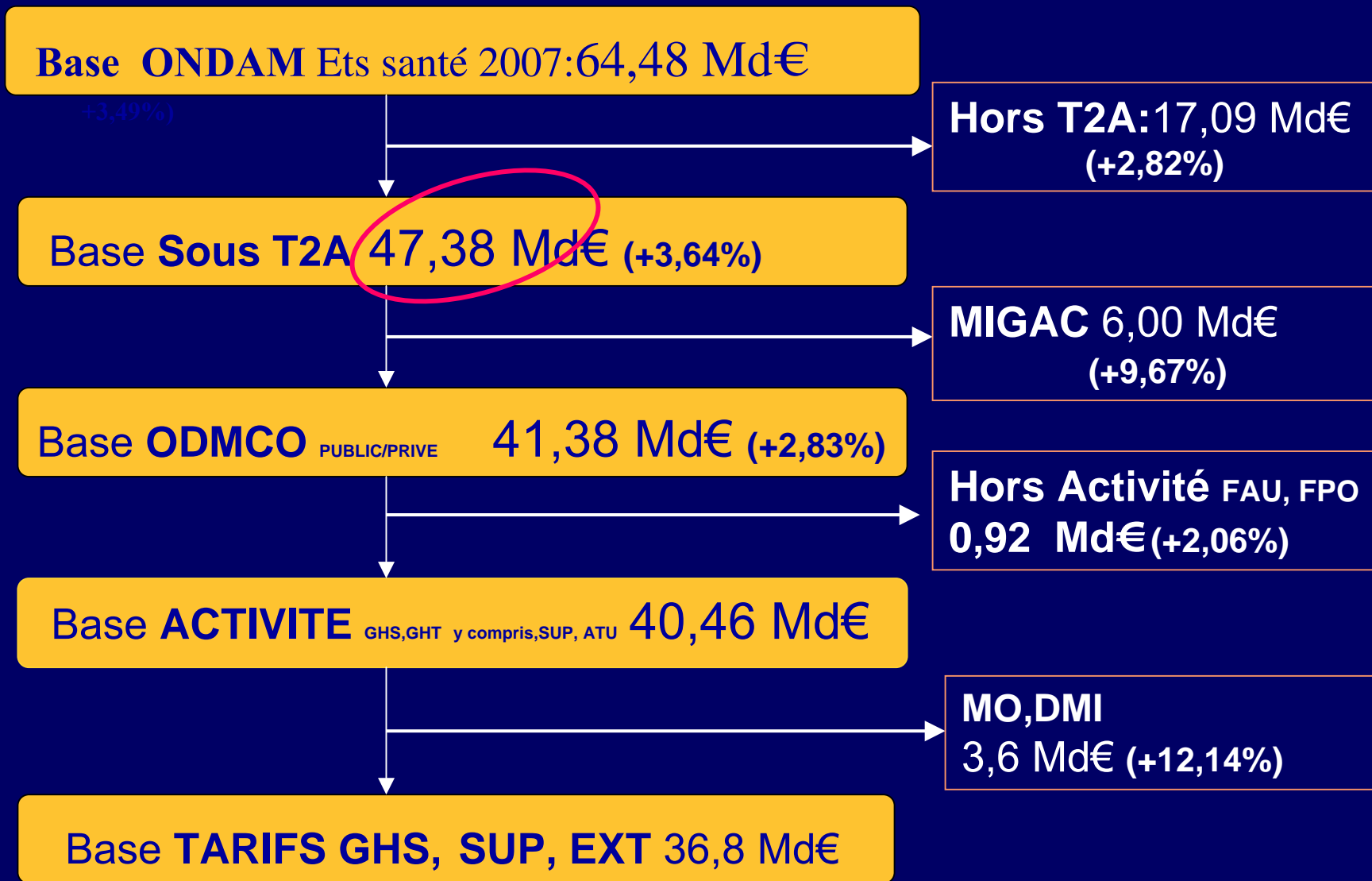
Le Langage des Sigles

PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
MIGAC	Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation; Ets secteur public et privé sous T2A
ODMCO	Objectif de dépenses liées aux MCO; Ets secteur public et privé sous T2A
ODAM	Objectif des dépenses d'assurance maladie: Ets secteur public hors T2A
OQN	Objectif quantifié national: Ets secteur privé hors T2A
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements publics et privés
USLD	Unités de soins de longue durée
MO DMI	Molécules facturées en sus dispositifs médicaux

Les Travaux Préparatoires à l'ONDAM Hospitalier 2007: 64,48 Md€





« Quand La Bonne Santé des Uns fait la Mauvaise Santé des Autres »

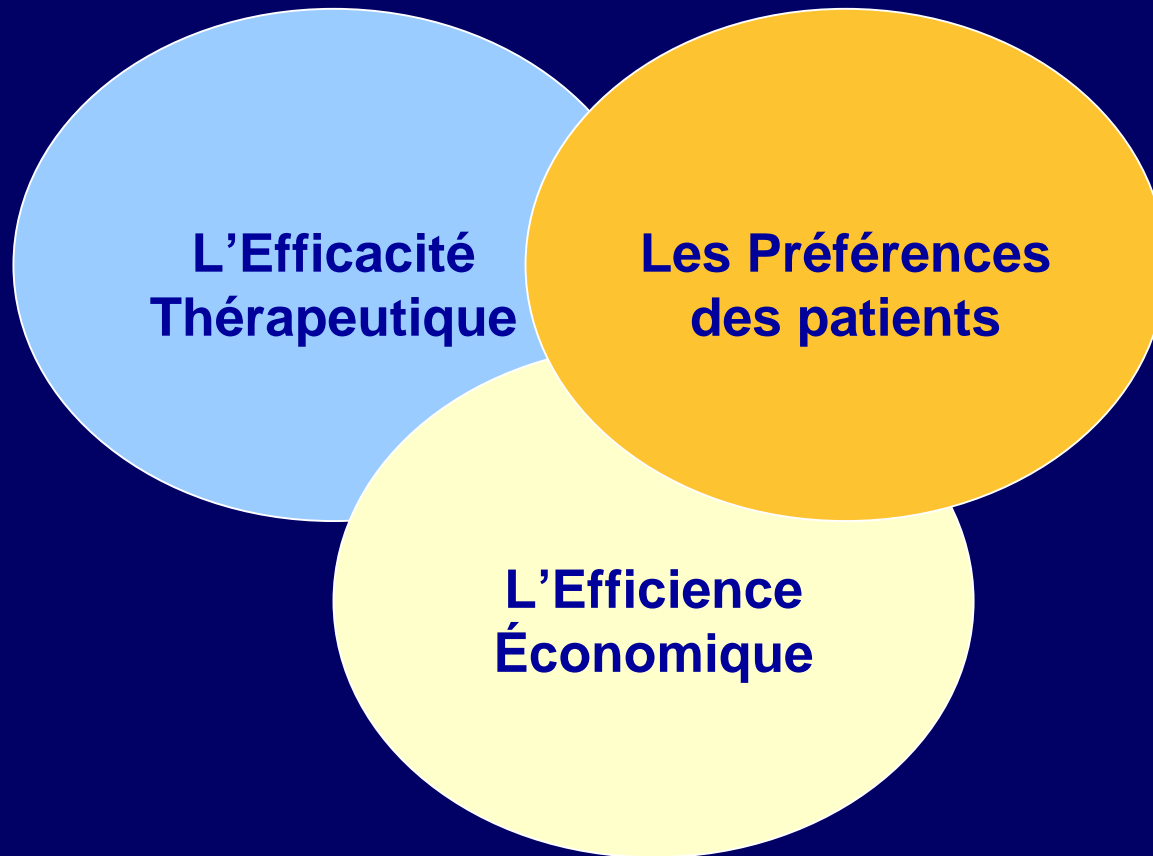


Les Réalisations de 2007 Par Rapport à 2006

Des Etablissements Tarifés à l'activité

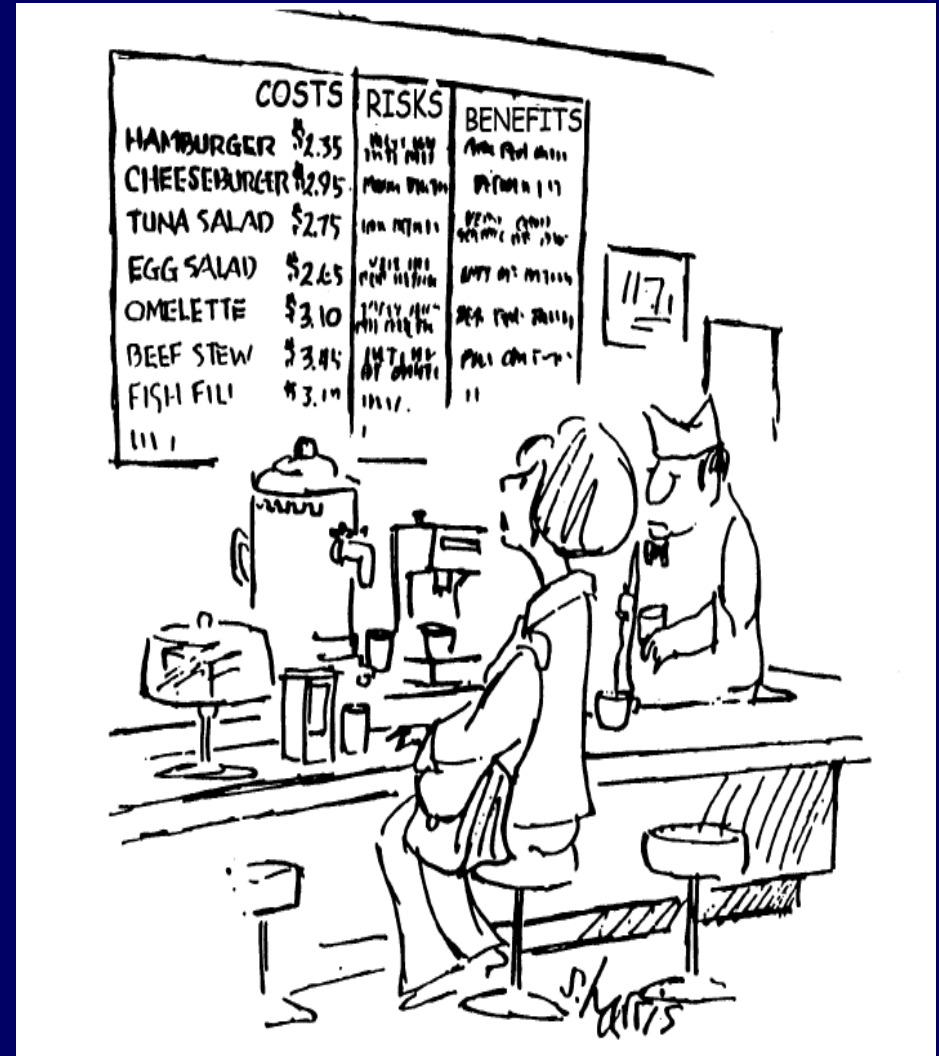
	2006 Réalisations Millions €	2007 Réalisations prévues Millions €	Tx d'évolution 2006-2007 %
ODMCO public			
DAC	18 395	13 991	2,52
Activité	10 360	15 173	1,42
Médicaments DMI	1 933	 2 255	16,63
Forfaits	836	900	7,71
TOTAL ODMCO PUBLIC	31 524	32 319	2.52
ODMCO privé			
Activité	7 385	7 638	3,43
Médicament DMI	1 267	 1 324	4,46
Forfaits	67	71	6,03
TOTAL ODMCO PRIVE	8 719	9 033	3,60
TOTAL ODMCO	40 243	41352	2,34
MIGAC	5 548	5 986	7,90
TOTAL Ets T2A	45 792	47 340	3,38

Le Défi: Rassembler Tous les Eléments Qui Participent à la Prise de Décision Politique

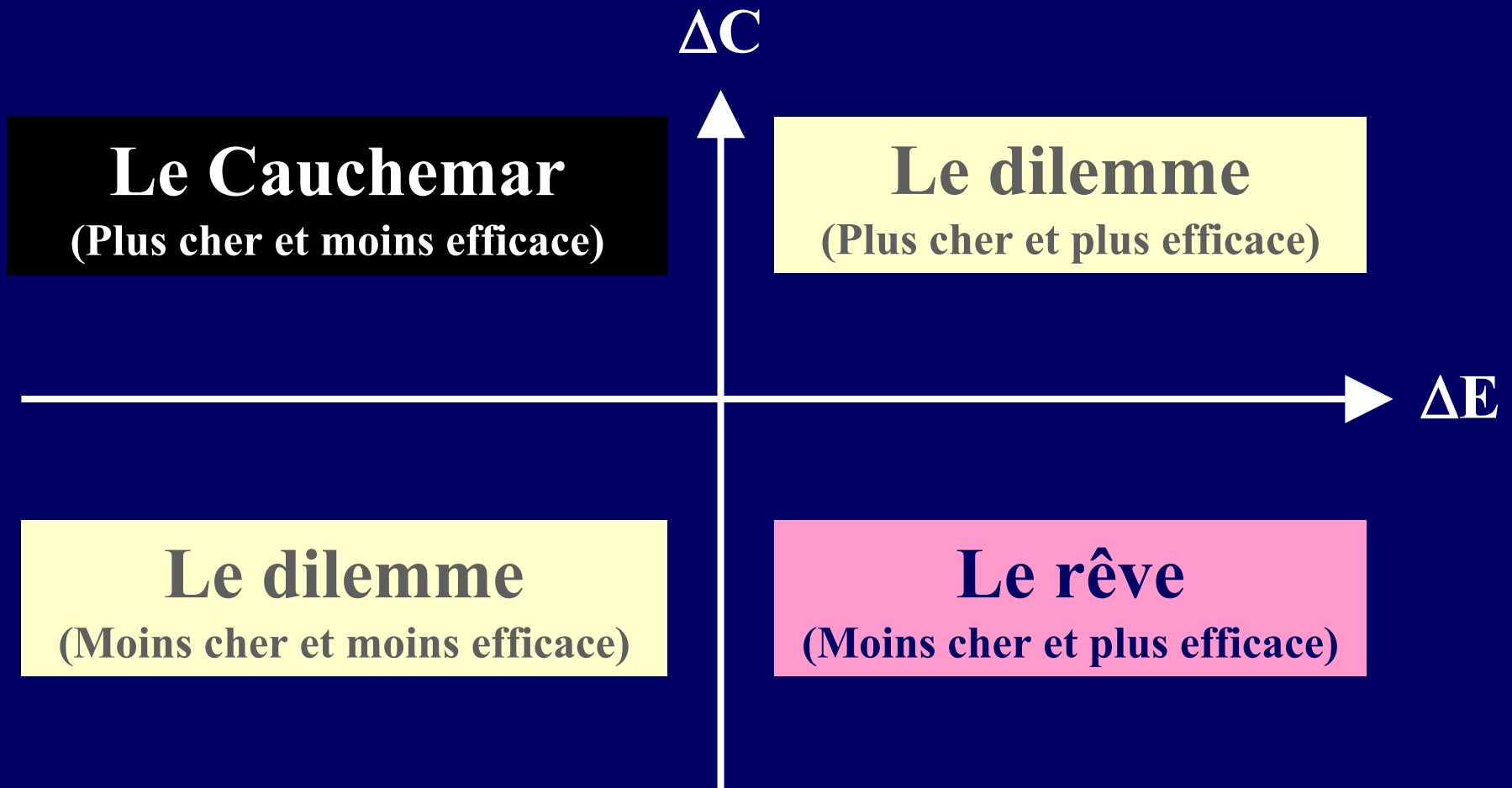


Rendre Compte à la Communauté: $\Delta E/\Delta C$

Quel retour sur investissement?



Classer les Stratégies Thérapeutiques en Fonction de leurs Retombées Sanitaires et Economiques [Rapport Coût-Efficacité]



« La Fin du Tout Politique »

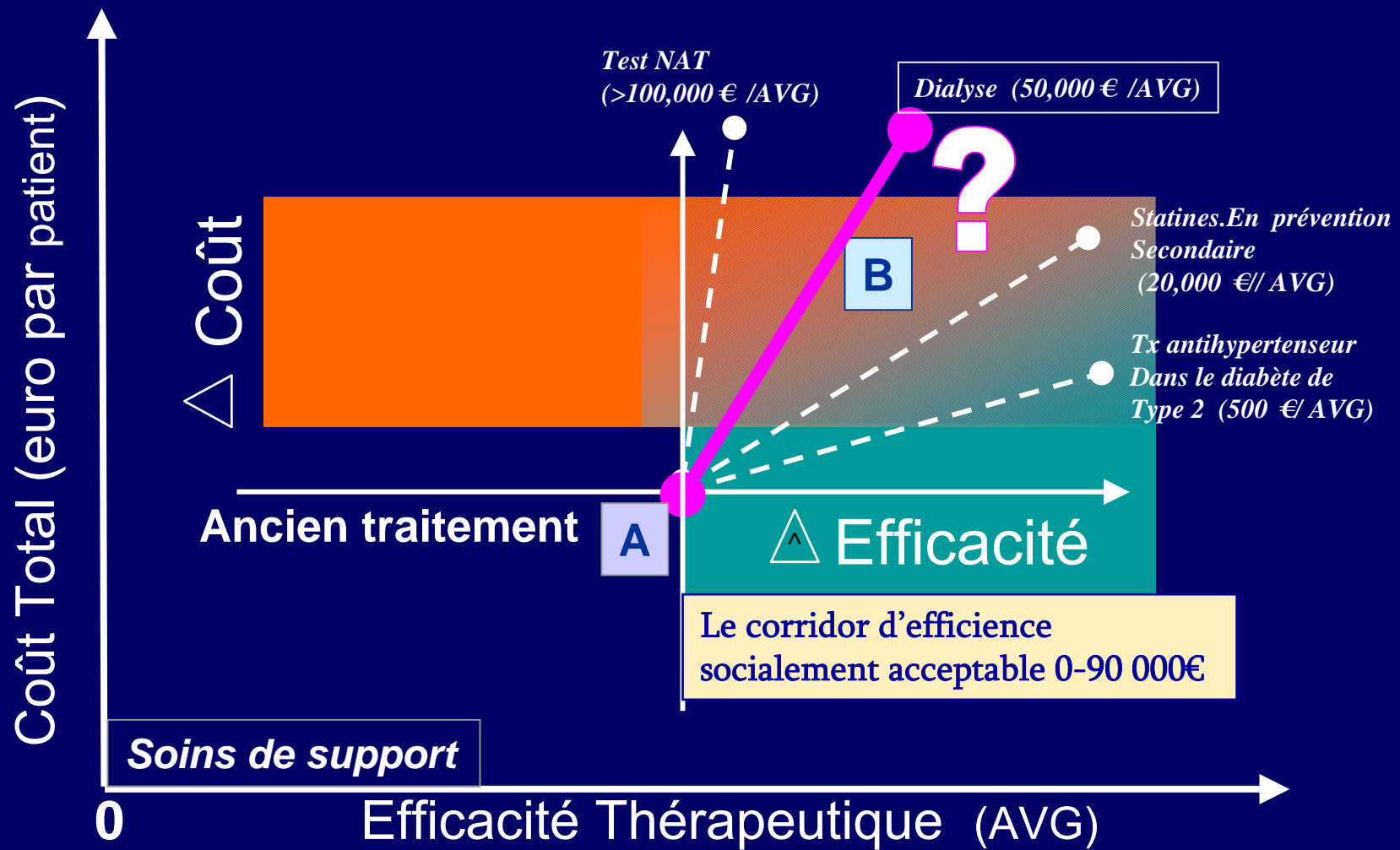
- Eclairer la conduite de l'action avant toute décision de préemption
- La question à poser: celle du retour sur investissement
- Ex : Eviter un nouvel accident de passage à niveau coûte 80 000€ supplémentaires à la SNCF, et améliorer les carrefours routiers 800€.
 - Réduire crédits de la sncf de 80 000 = un mort de plus.
 - Redéployer vers la sécurité routière = 100 vies humaines sauvées. Gain net 99 morts évités
- La question est/combien doit on dépenser en plus par rapport à ce que l'on dépense actuellement? Rien à voir avec la valeur de la vie. C'est la valeur des moyens utilisés en + qui est appréhendée

« La Fin Du Tout Scientifique »

*Les Essais, des Outils Nécessaires, Mais non Suffisants
Pour Évaluer l'ASMR*

- **Les essais randomisés sont indispensables pour évaluer l'efficacité relative**
- **Deux limites**
 - Ils confrontent **2 traitements en tête à tête**. Les méta analyses présentent le même défaut.
 - Ils négligent **les répercussions financières et psychologiques** des traitements mise en œuvre.
- Les avantages et les inconvénients d'un nouveau traitement doivent être repérés **par rapport à l'ensemble de l'arsenal thérapeutique existant**

A La Recherche d'un Seuil de Référence Transnosologique de l'Efficiency Thérapeutique



AVG = Années de vie gagnées ; QALY = Années de vie ajustées sur la Qualité

« Benchmarker C'est la Santé » : L'Exemple des Unités Neuro-Vasculaires

- En 2005 94 000 séjours pour AVC constitués en France.
- Les UNV réduisent le risque absolu de mortalité de 5,6; le rt-PA de 11% soit $\approx 7\ 000$ décès évités .
- Age moyen des avc 71 ans. Gain moyen espérance de vie 10 ANS.
- Une UNV coûte 2 M€. Il en faut 146 soit un besoin de financement annuel de ≈ 300 M€
- Le coût par décès cérébrovasculaire évité ne dépasse pas 33 000 €
- En 2007 33 UNV seulement; En 2008 1352 thrombolyses $\approx 1,5\%$ des AVCI

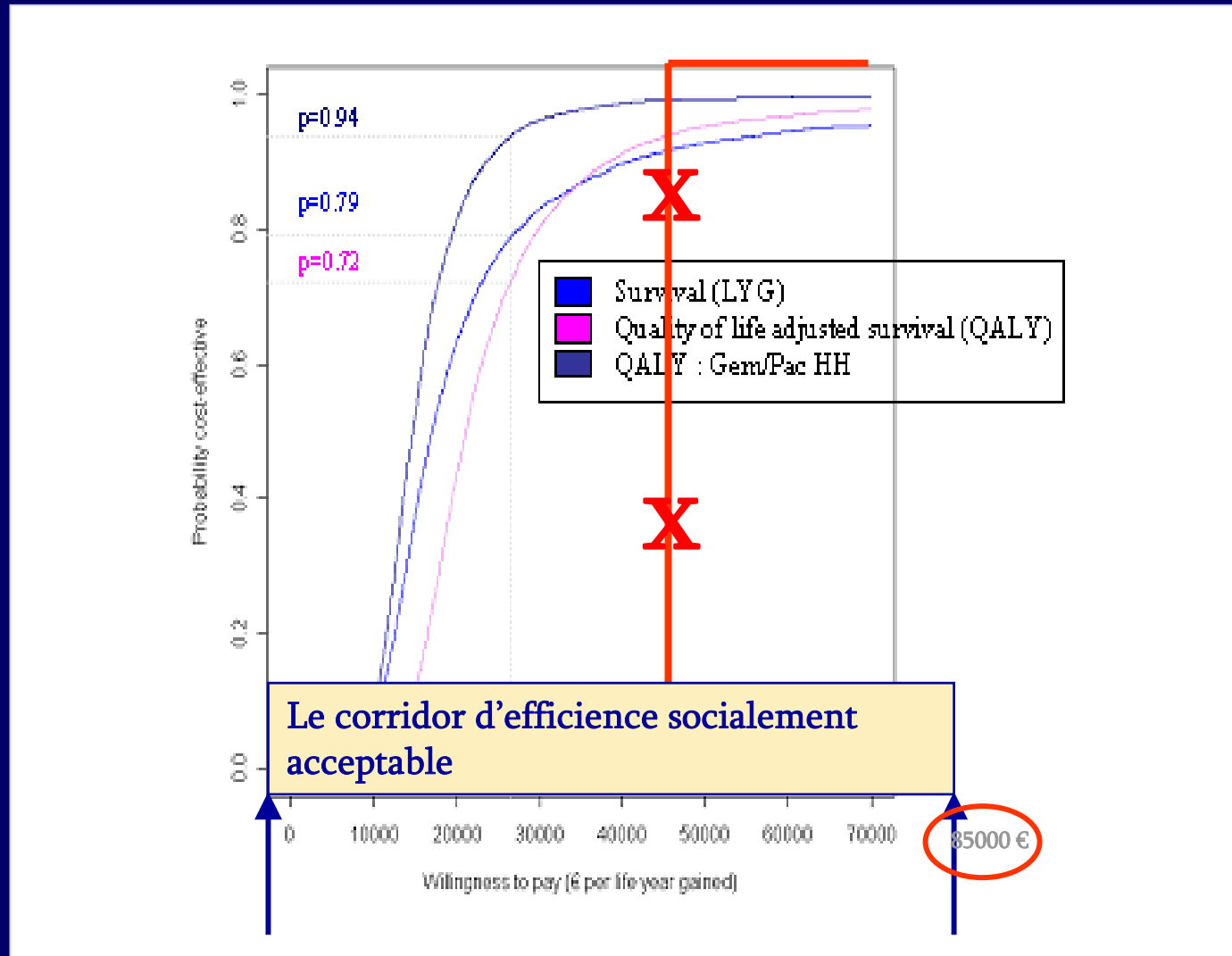
*Aimez son Prochain Comme soi-même « Mais Qui Est Mon Prochain ? »
Livre de L'Ecclésiaste Ch 3 v 26,27*

Assurer la Soutenabilité et la Cohérence des Choix Solidaires

- La valeur accordée à l'état sanitaire est une **donnée socio-politique**
 - Cette valeur devrait être unique au nom de l'égalité d'accès aux soins.
 - En fait, des valeurs différenciées peuvent se justifier
- La probabilité qu'un traitement soit efficace varie en fonction des efforts financiers jugés socialement acceptable (ESA)
- L'OMS* a proposé une **règle de soutenabilité** en fonction du Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant (FR 28356 €_[2006])

*Consulté 02/2008: http://www.who.int/choice/costs/CER_thresholds/en/index.html.

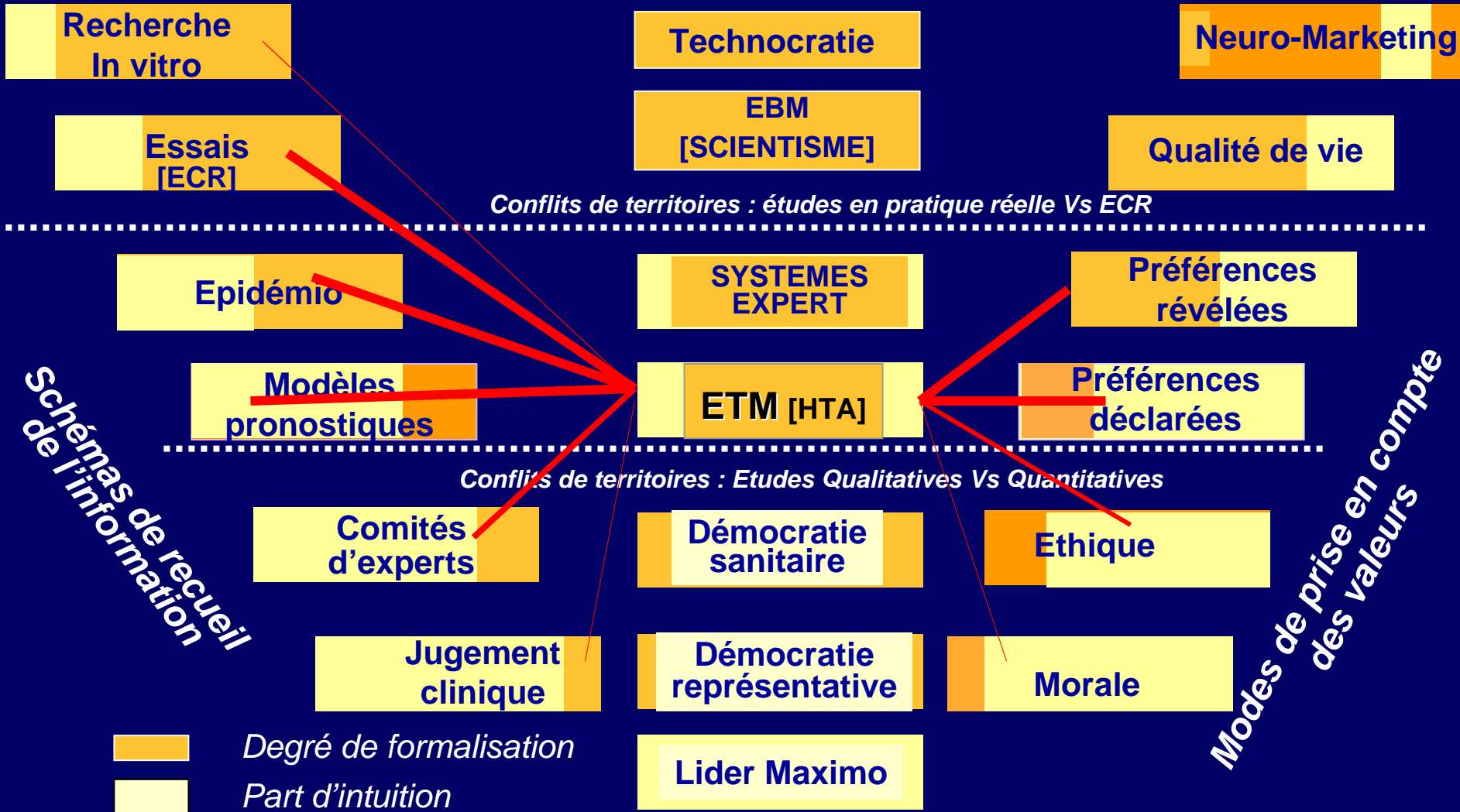
Le Pseudo Seuil de 50 000 € : Un Repère Dépassé



Cancer du sein métastatique 1^{ère} ligne GP vs CP. Programmation sous TreeAge 2006

Codifier la Place de l'EME et de la Concertation dans le Débat Public

Aides à la conduite de l'action



Sources: M. Martineau 2000; J. Dowie 2006

CONCLUSION (1)



Archibald Cochrane

Exiger des moyens sur la base de données épidémiologiques ou de faits scientifiquement démontrés est indispensable mais ne suffit plus.