

VIème Rencontres Parlementaires sur le Cancer

Paris, 21 Octobre 2010

Cancer : Quels coûts pour la Société ?

Les Coûts Indirects du Cancer : Quelles évaluations pour quelles améliorations ? La Vie et Plus que la Vie

Pr.Robert LAUNOIS

Réseau d'évaluation en Economie de la Santé

28, rue d'Assas

75006 Paris – France

Tel . 01 44 39 16 90 – Fax 01 44 39 16 92

E-mail : reesfrance@wanadoo.fr - Web : www.rees-france.com

« Nous ne voulons pas lobotomiser les esprits, nous voulons au contraire une autorité capable de réfléchir à la fois scientifiquement et financièrement. Cette double capacité s'appelle la responsabilité »

**Mme Claude Greff Assemblée Nationale PLFSS 2006 1^{ère} séance
27 octobre 2005 matin. Discussion amendement 192**

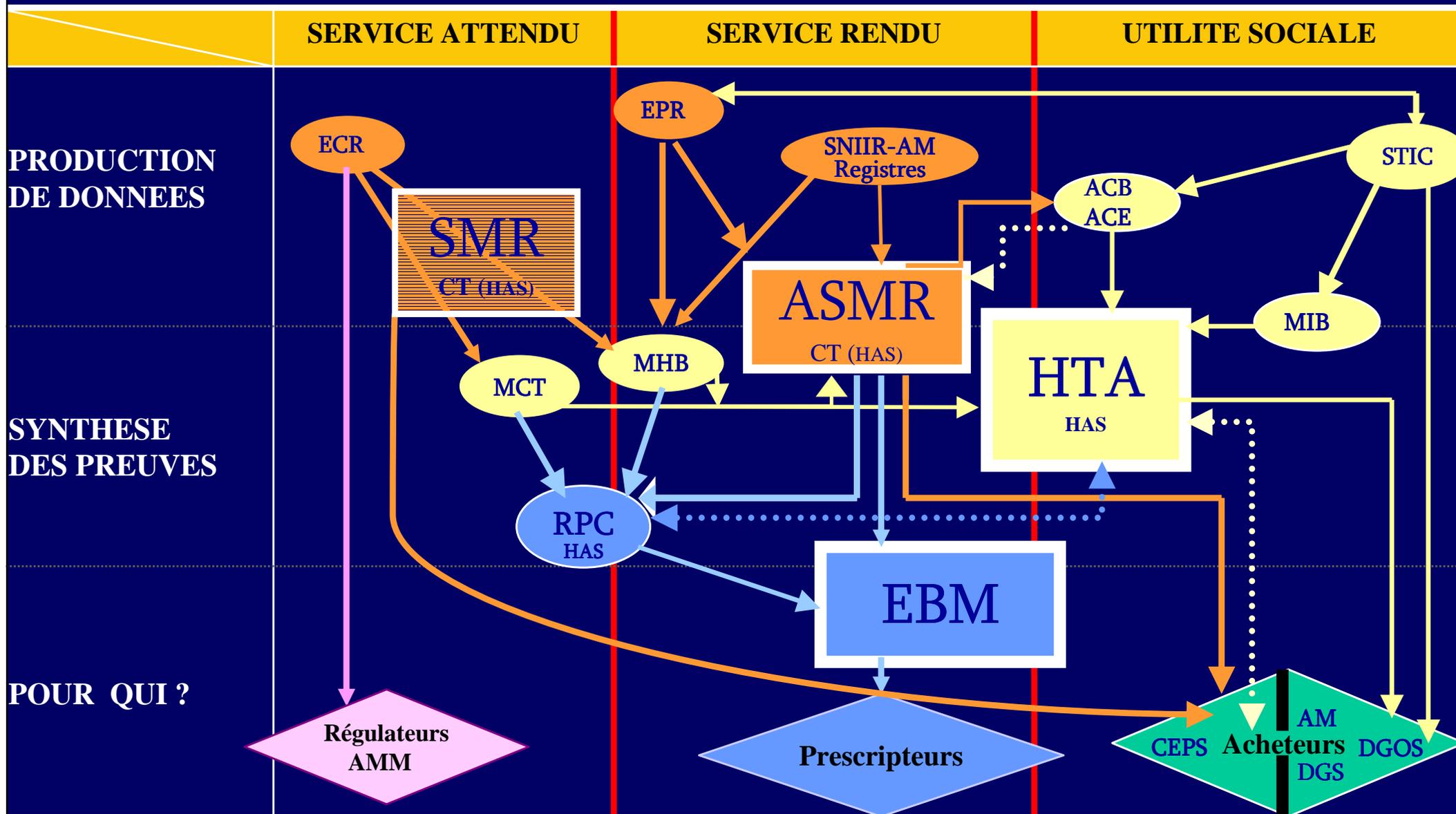
Quelle(s) Evaluation(s) : REA, EBM, HTA?

	Est ce que ça peut marcher ?	Est ce que ça marche ?	Est ce que ça vaut le coût ?
Produire des données	<p>REA SMR, ASMR</p> <p>HTA</p> <p>EBM</p>		
Réunir les informations			
Au service de quels acteurs			

Adapté de Bryan Luce et al International Working Group for HTA advancement 2010

REA (Relative Effectiveness Assessments) : Evaluation de l'Efficacité Relative des traitements; EBM : Médecine fondée sur les preuves ; HTA Evaluation des Technologies de Santé .

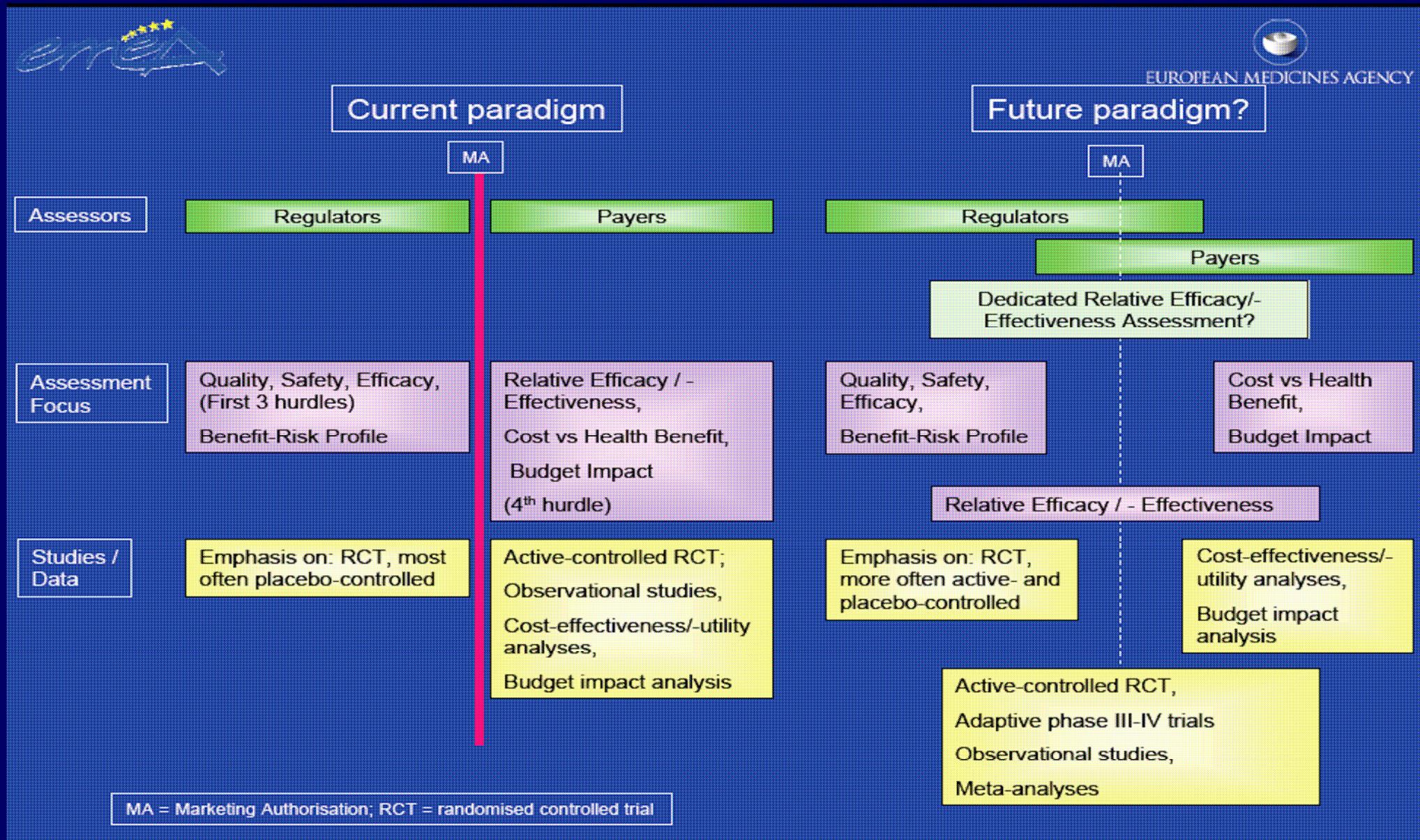
Déchiffrer le Génome des Etudes



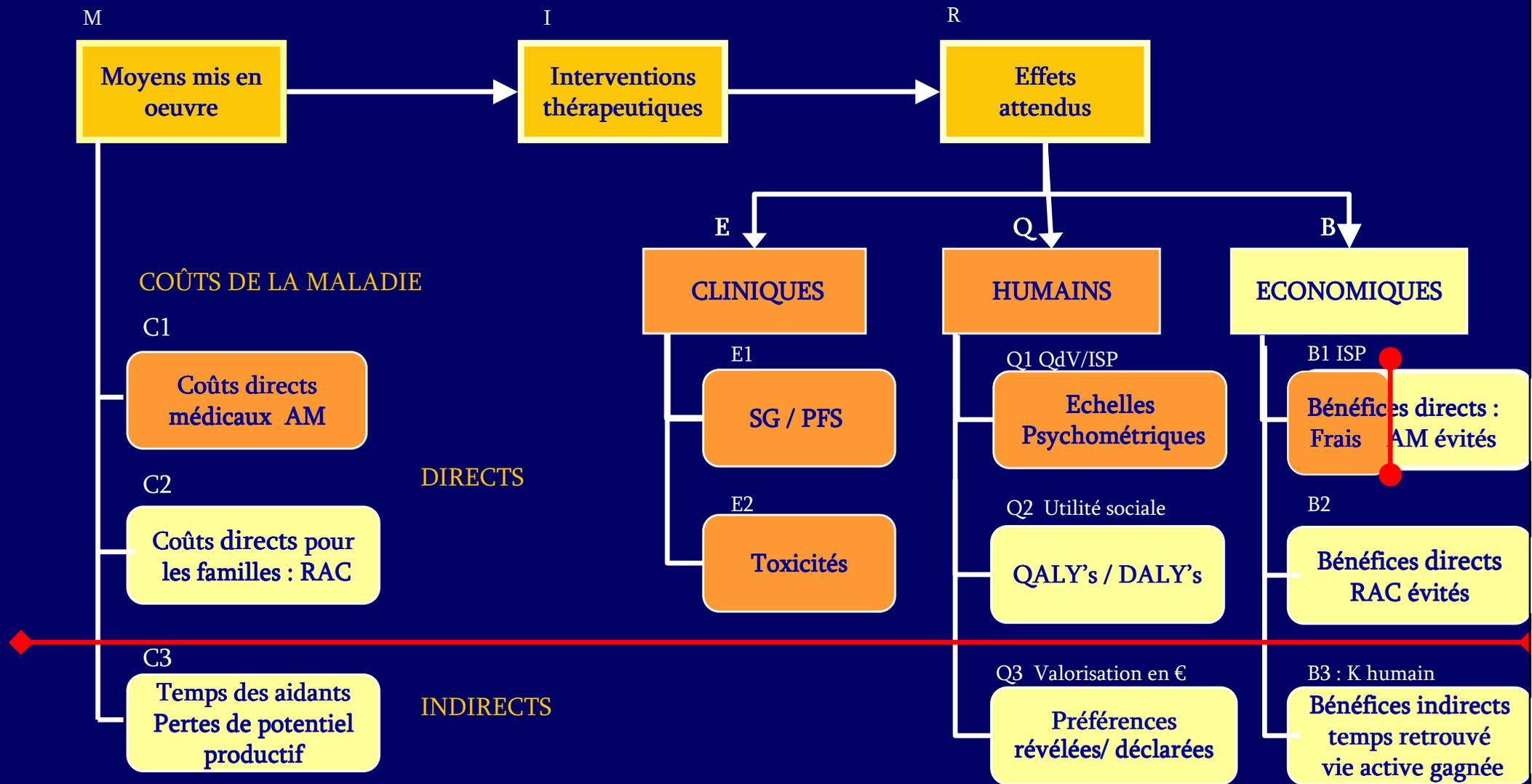
REA: Relative Effectiveness Assessments, SMR : Service Médical Rendu; ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu ; HTA Evaluation des technologies de santé ; EBM : médecine factuelle ECR: essai contrôlé randomisé ; EPR : essai pragmatique randomisé ; MTC : Meta-analyse Multitraitement ; MHB: Meta-analyse Hiérarchique Bayésienne ; RPC : Recommandations de pratique clinique; STIC (CED) : Conditional evidence development ; ACB : Analyse Coûts Bénéfices. ACE :Analyse Coût Efficacité ; MIB: Modèle d'Impact Budgétaire ; AMM: Autorisation de Mise sur le Marché. Relations controversées
Adapté de Bryan Luce et al International Working Group for HTA advancement 2010

Faire Bouger les Lignes : la Synergie AMM/HTA

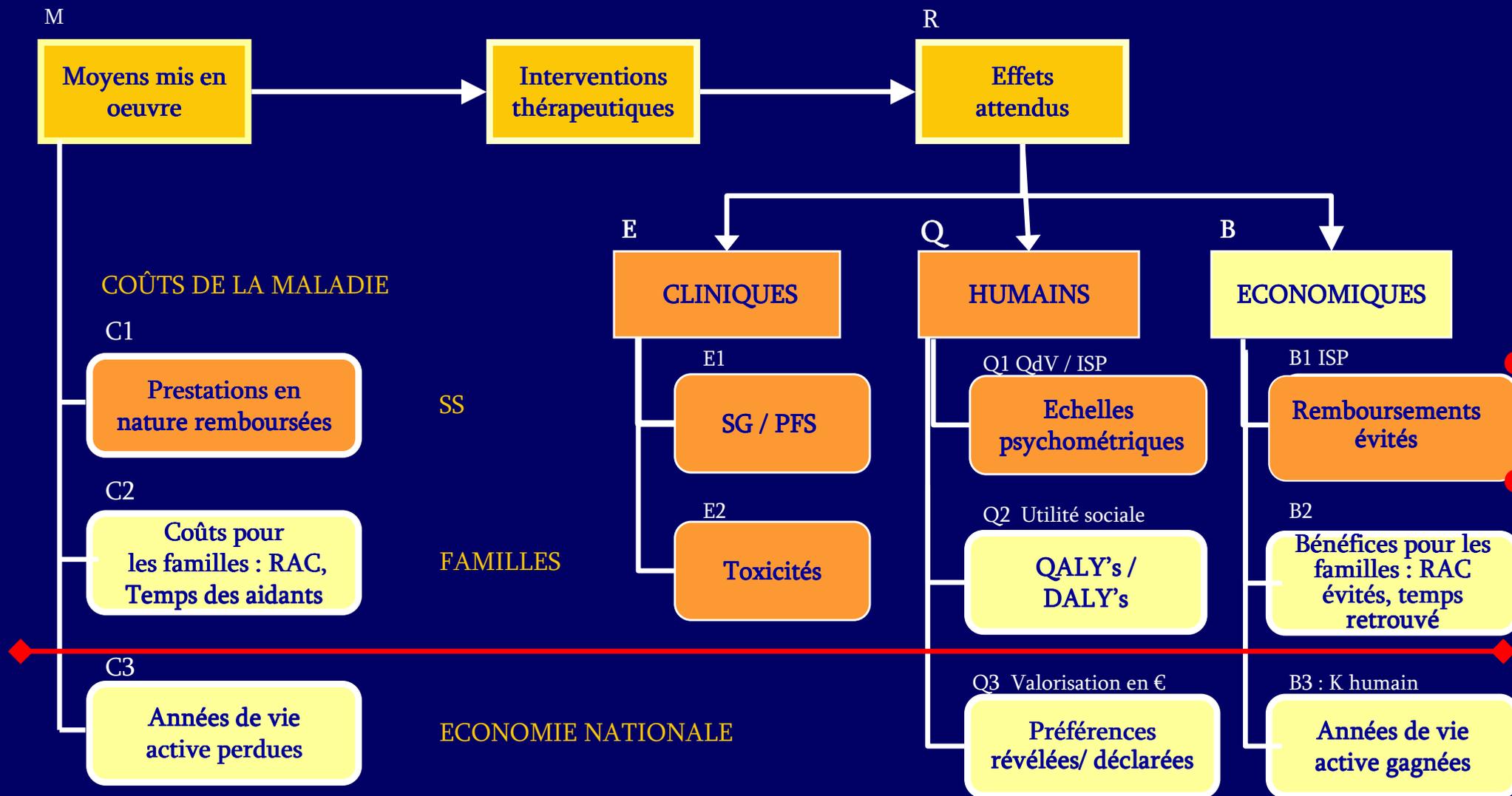
Thomas Lönngren : Executive Director EMA Ministerial Conference "Innovation and Solidarity on Pharmaceuticals"
Brussels -23 & 24 September 2010



Pour Mesurer Quelles Conséquences ?

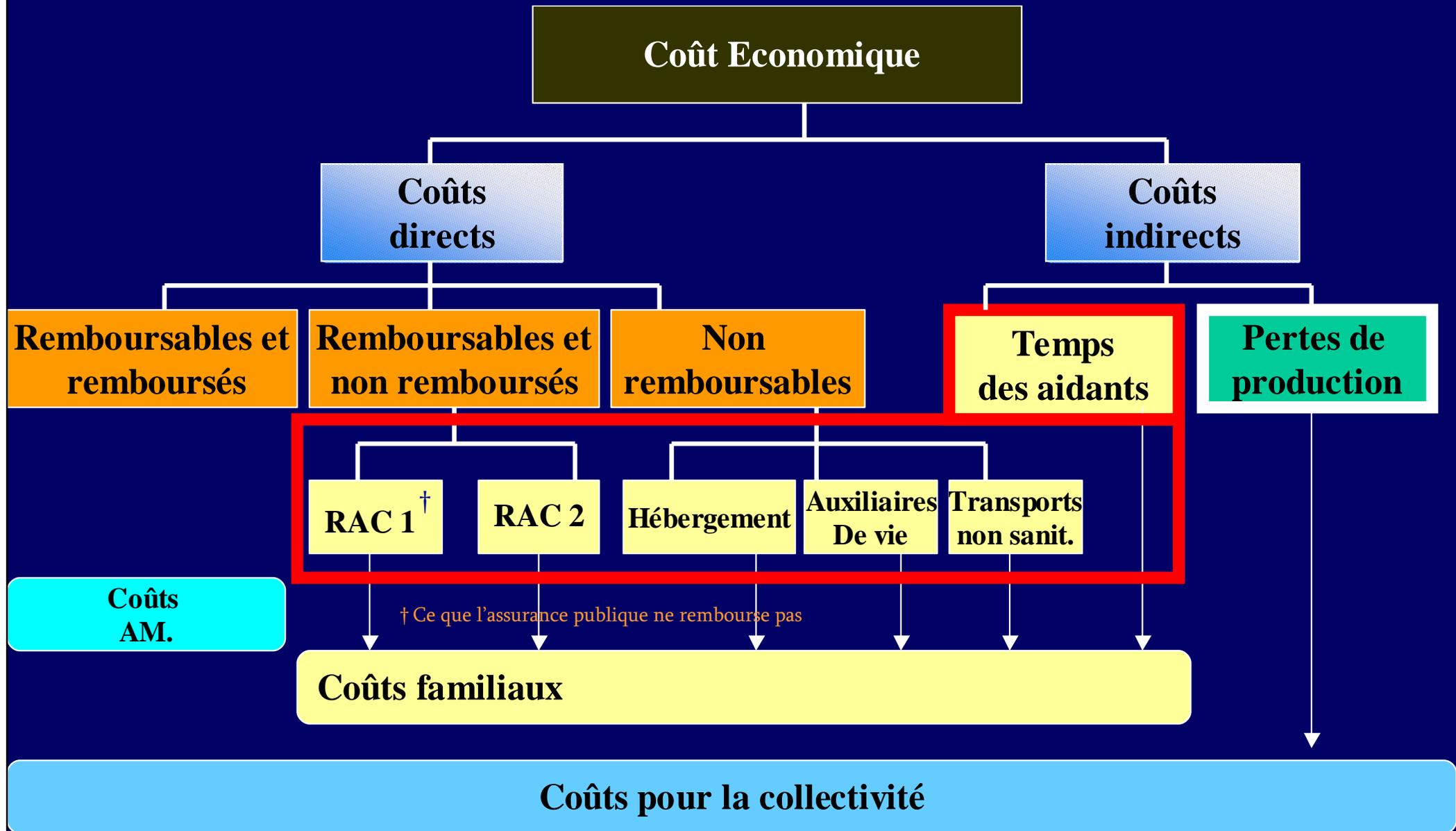


Où Faut il Mettre Le Curseur ?



Fait en France Peu d'études frses

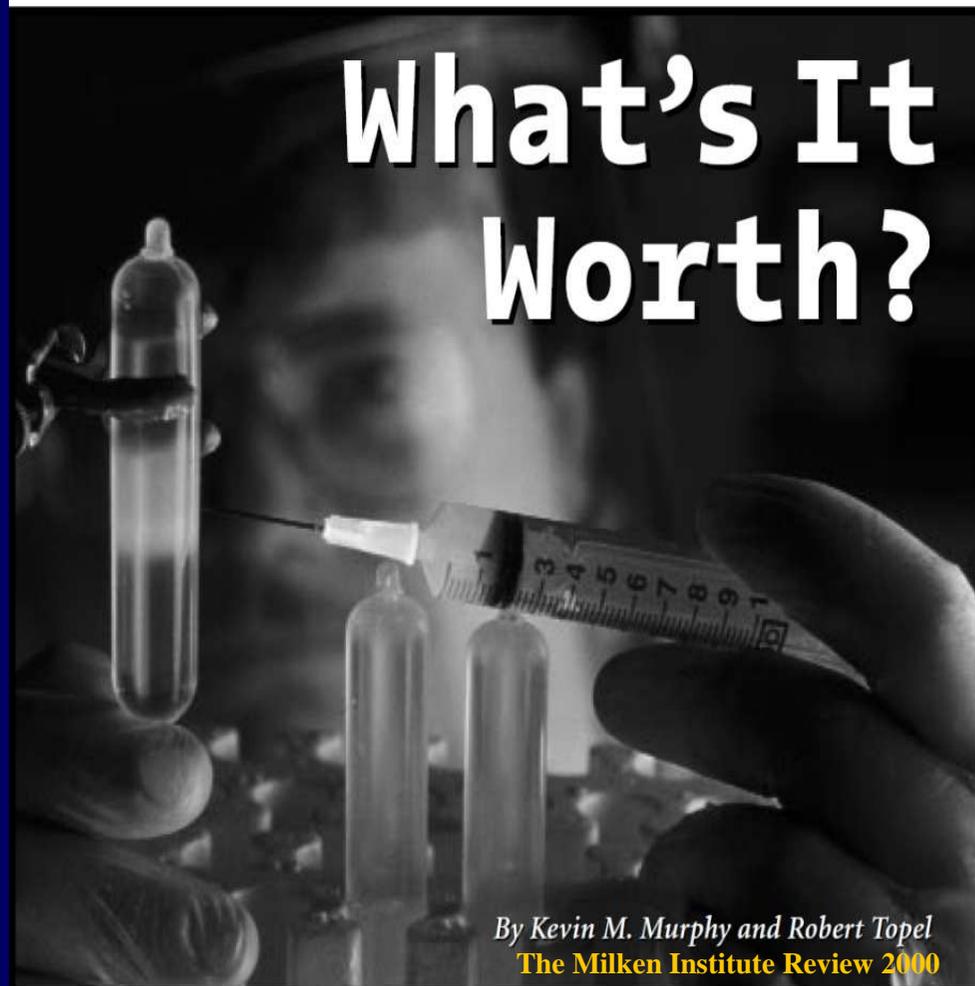
Propositions Pour de Nouvelles Lignes de Partage des Coûts



Un Exemple de RSI*
Pour la Collectivité des
Dépenses Engagées,
dans le Cancer
Colorectal

Medical Research

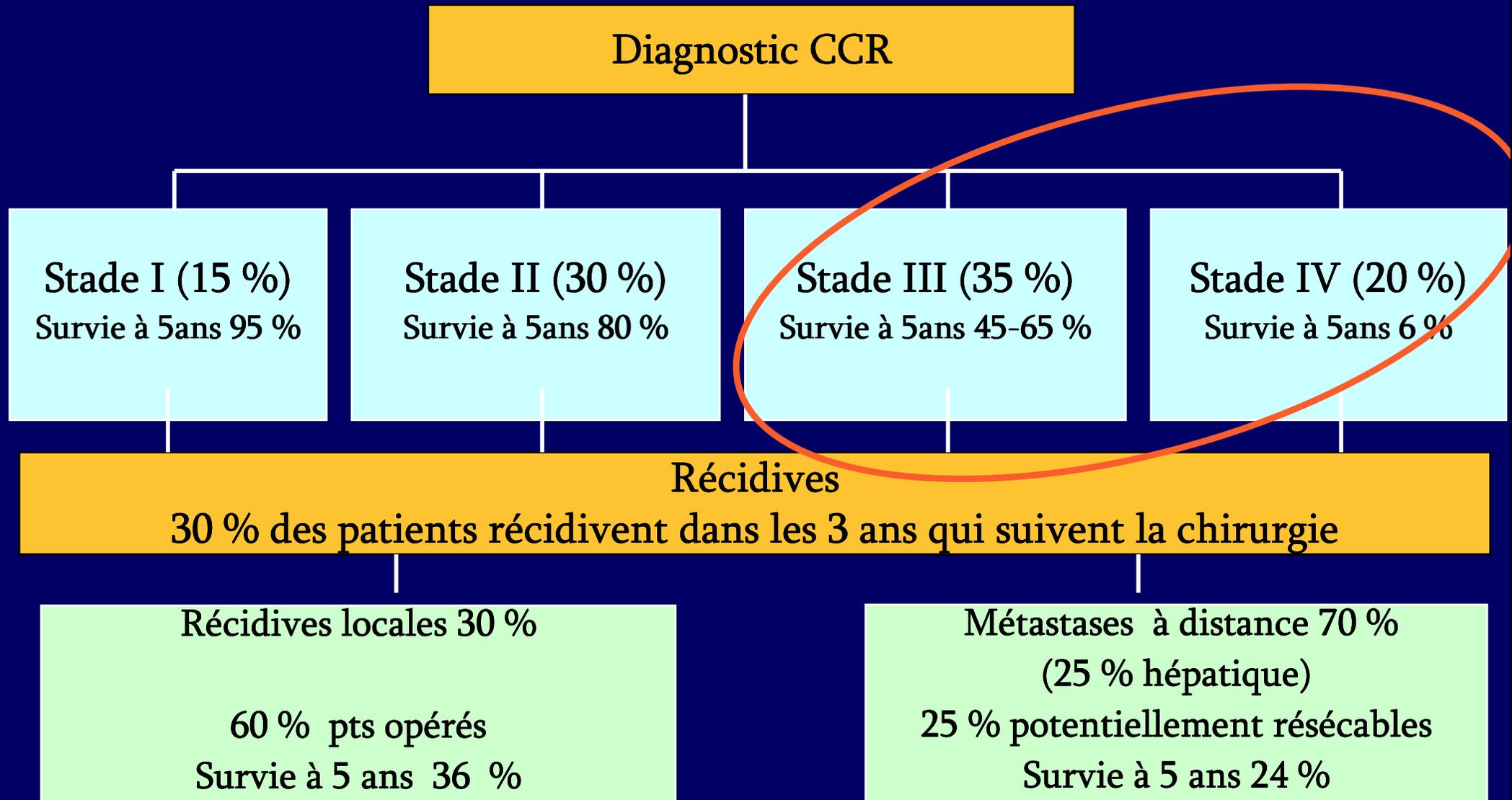
What's It Worth?



By Kevin M. Murphy and Robert Topel
The Milken Institute Review 2000

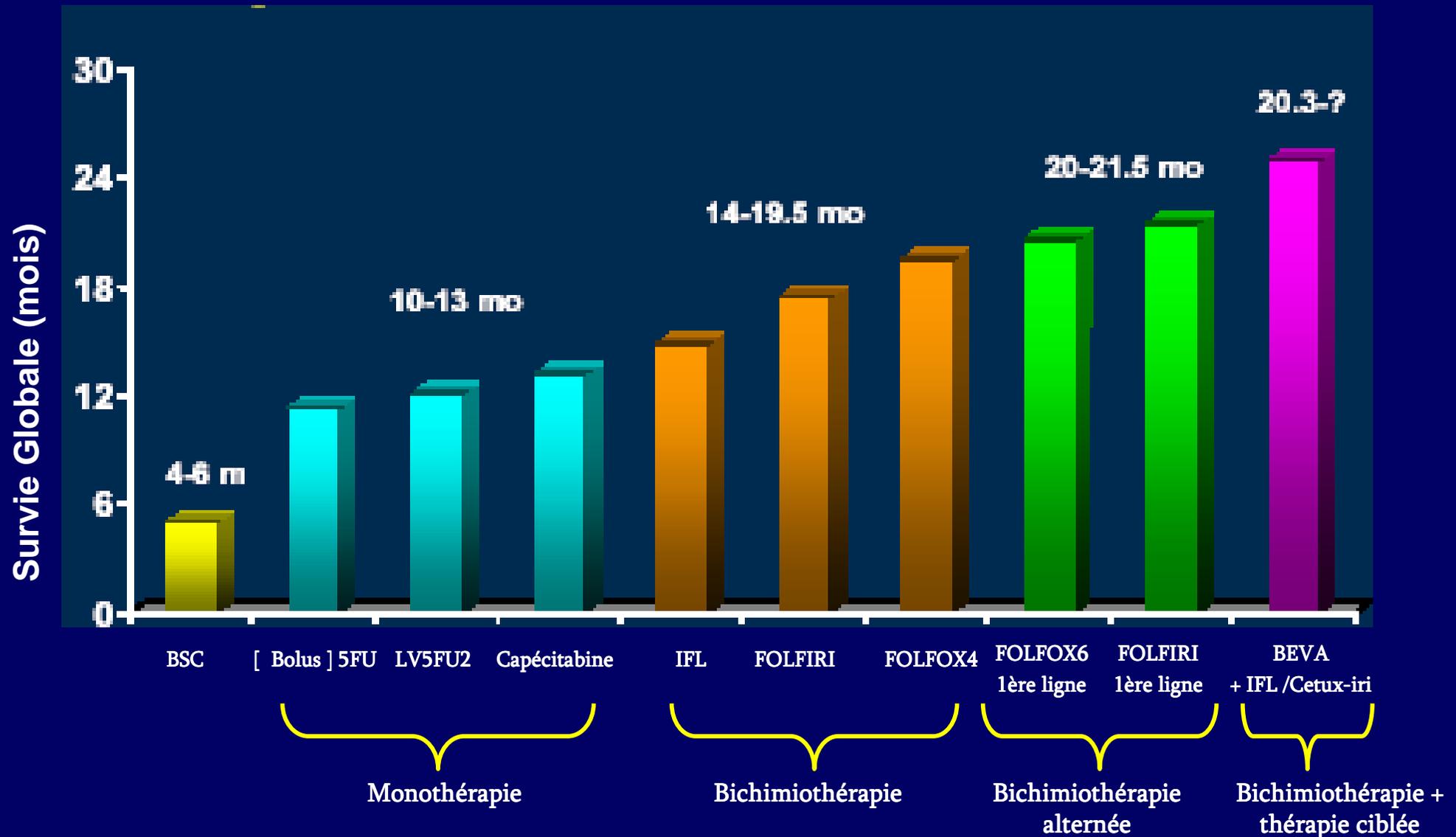
* Retour Sur Investissement en termes de santé

De Quels Malades Parle-t-On ?



Source : P Kanavos London School of Economics 2008 -

CCRm Les Progrès en Survie Globale



Combien Ça Coûte ?

[ISC 1,75; 70 kg; 2 sem; GHS Exclus]

Régimes de Chimiothérapie	par Cycle €	sur 6 mois €
• LV 5 FU simplifié perfusion continue	32,16	396
• Folfox6 (lohp100 mg/m ² +LV 5FU)	336,66	4 040
• Folfiri (CPT11 180 mg/m ² +LV 5FU)	646,41	7 757
• Bevacizumab (5 mg/kg)+Folfiri	1 767,24	21 200
• Cetuximab (500 mg/m ²)+CPT11180 mg	2 443 ,00	29 300

Prix négociés 2008

Mesurer la Valeur Attribuée par Nos Concitoyens au Service Médical Rendu

- Observation des comportements
 - On mesure l'importance des sommes qu'ils consacrent (dépenses de sécurité ex : détecteurs de fumée) ou qu'ils exigent (primes de salaires sur les métiers à risque) pour sauvegarder le bien le plus précieux qu'ils ont ici bas la vie: (Méthode des préférences révélées)
- Interrogation directe des individus enquêtés
 - On demande ce à quoi ils sont prêts à renoncer en termes d'autres opportunités de consommation pour réduire le risque de survenue d'une fatalité (Méthodes des préférences déclarées).
 - Les réponses, formulées en contre valeur monétaire, reflètent la Volonté Individuelle de Contribuer à la Réduction du Risque [VIC2R] et l'intensité des attentes de la population

Valeur des Gains de Santé dans le CCRm

3 fois le montant des Coûts

IMPACT DE L'INNOVATION 2000-2010	EUROS
Incidence CCR annuelle [1]	37400
Proportion stade 3 et 4 [2]	48%
# Cas Incidents annuels stades 3 et 4	18000
Coût annuel du traitement par Bevacizumab + Folfiri L1 [3]	40 000 €
(1) COÛT TOTAL POUR L'ASSURANCE MALADIE PAR AN	720 millions €
Gains median en survie globale 2010-2000, par cas	15 (mois)
Années de vie gagnées 10 ans +tard sur les cas incidents	22 500 (ans) †
PIB par habitant France 2009	30 000 €
VIC2R : Volonté Individuelle de Contribuer à la Réduction du Risque [4]	90 000 €‡
(2) GAIN TOTAL POUR LA COLLECTIVITÉ	2 025 millions €
(2)-(1) BENEFICE NET	1 300 millions €

Exemple stylisé

†(15*18000)/12 ; ‡ (3*PIB par habitant)

Sources :1. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire InVS sept 2007 . 2. P Kanavos London School of Economics 2008 3. Prix négociés 2008
4. Yabroff JNCI 2008, OMS 2001

Le Test Coûts-Bénéfices : Une Décision Partagée qui associe Préférences et Expertise

- Une méthode très simple ... Il suffit de :
 - Valoriser les bénéfices et les risques à l'aide de la [VIC2R]
 - Calculer la valeur actualisée nette en additionnant la valeur monétaire de tous les impacts
 - Si le bilan est positif alors l'action de santé est souhaitable
- Une hypothèse forte : la valeur sociale d'une amélioration de l'état de santé n'est définie qu'en fonction des préférences individuelles
- Un avantage certain : permet les comparaisons entre tous les types de biens et services qu'ils soient de santé ou non.

La Somme Des Intérêts Individuels Peut Elle Déterminer Un Optimum Social ?

- L'ACB: une protection contre les dérives technocratiques et les abus de pouvoir du Prince bienveillant ? Derrière la technique une vision politique: dans une économie libre l'économie doit être au service des préférences individuelles.
- Une fonction de préférence collective peut avoir d'autres fonctions que la satisfaction des individus comme : la réduction des inégalités, le respect de l'ONDAM. L'effort socialement acceptable (ESA) est \neq de la somme des volontés de contribuer ($\sum VIC2R$).
- L'ambition de déterminer l'optimum social a partir des techniques ACB est à réévaluer. Cela ne veut pas dire qu'elles soient inutiles pour identifier et mesurer la demande sociale mais elles doivent être subordonnées aux choix délibératifs.

Sélection Bibliographique

- Australian Safety and Compensation Council, The health of nations : the value of a statistical life, July 2008
- Baumstark L, La construction de valeurs socio-économiques environnementales : l'économiste dans la posture du passager. Journées Association Française de Sciences Economiques Rennes 2004
- Baumstark L, Carrère MO, Rochaix L, Santé et richesse économique Mesures de la valeur de la vie humaine Usages et enjeux comparés dans les secteurs de la santé et des transports, Les tribunes de la santé n° 21, hiver 2008
- Bradley C, Yabroff R, Dahman B et al, Productivity Costs of Cancer Mortality in the United States: 2000 – 2020, J Natl Cancer Inst 2008;100: 1763 – 1770
- Boîteux M, Transports : Choix des investissements et nuisances. Commissariat Général du plan. Paris 2001.
- Cameron TA, Euthanizing the Value of a Statistical Life, Rev Environmental Economics and Policy, Volume 4, Issue 2, Pp 161-178, 2010
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Valeurs seuils pour le rapport coût-efficacité en soins de santé, KCE Report 100B, 2008
- Centre d'analyse stratégique, Rapport Chevassus au Louis, Approche économique de la biodiversité et des services liés aux écosystèmes Contribution à la décision publique, Paris Avril 2009
- Cutler DM, McClellan M, Is technological change in medicine worth it ?, health affairs, septembre/octobre 2001, pp 11-29
- Claxton KP, Sculpher MJ, Culyer AJ, Mark versus Luke? Appropriate methods for the evaluation of public health interventions, Center for Health Economics, CHE Research Paper 31, November 2007
- Claxton KP, Walker S, Palmer S, Sculpher MJ, Appropriate Perspectives for Health Care Decisions, Center for Health Economics, CHE Research Paper 54, January 2010
- Fleurbay M, Luchini S, Schokkaert E, Evaluation économique en santé : qui a peur de l'étalon monétaire ?, Revue de philosophie économique, volume 10, n°1, 19-34, 2010
- Greenberg D, Earle C, Fang CH et al, When is Cancer Care Cost-Effective ? A Systematic Overview of Cost-Utility Analysis in Oncology, JNCI, Vol.102, Issue 2, January 20, 2010
- Launois R « Les arcanes décryptées de l'analyse médico économique » Journal d'Economie Médicale 2008. Vol 26 N° 6-7 : 331-349
- Lichtenberg FR, Duflos G, Pharmaceutical innovation and the longevity of Australians : a first look, NBER working paper 14009, may 2008
- Maresca B, Ranvier M, Dujin A, Valoriser l'action publique : Le "consentement à payer", un outil au service de la LOLF, CREDOC, Cahier de recherche 124, Paris, 2006
- Mittman N, Au HJ, Tu D et al, Prospective Cost-Effectiveness Analysis of Cetuximab in Metastatic Colorectal Cancer: Evaluation of National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group CO.17 Trial, JNCI, Vol. 101, Issue 17 September 2, 2009
- Moatti JP, Marlink R, Luchini S et al, Universal access to HIV treatment in developing countries: going beyond the misinterpretations of the 'cost-effectiveness' , algorithm, AIDS 2008, 22 (suppl 1):S59–S66
- Murphy K, Topel R, The value of health and longevity, Journal of Political Economy, 2006, vol. 114, no. 5
- Pearce D, Atkinson G, Mourato S, Analyse coûts-bénéfices et environnement : Développements récents, OCDE, Paris, 2006
- Viscusi K, Aldy J, The value of a statistical life : a critical review of market estimates throughout the world, The Journal of Risk and Uncertainty, 27:1; 5–76, 2003
- Wilking et Jönsson, Comparator report on Patient Access to Cancer Drugs in Europe, février 2009.
- Yabroff R, Bradley C, Mariotto A et al, Estimates and Projections of Value of Life Lost From Cancer Deaths in the United States, J Natl Cancer Inst 2008;100: 1755 – 1762

BACK UP

Les Progrès en Survie Globale

Investigateur	Année	Traitements	Bénéfice de Survie (mois)
2ème ligne L2			
Cunningham	1998	CPT11 vs BSC	9,2 vs 6,5
Rougier	1998	CPT11 vs LV5 FU2	10,8 vs 8,5
Saltz	2004	CPT11 + cetuximab après CPT11	6,4 grade 1 et 2
Giantonio ECOG E3200	2005	Folfox4 + BEV vs Folfox4 vs BEVA	12,9 vs 10,8 vs 10,2
1ère ligne L1			
Saltz	2000	IFL vs LV5 FU bolus vs CPT11	14,8 vs 12,6 vs 12
Douillard/Rougier	2000	Folfiri vs LV5 FU2 perfusion	17,4 vs 14,1
De Grammont	2000	Folfox4 vs LV5 FU2 perfusion	16,2 vs 14,7
Van Cutsem	2001	Capecitabine vs LV5 FU bolus	13,2 vs 12,1
Goldberg N9741	2004	Folfox4 vs IFL vs IROX	19,5 vs 15 vs 17,4
Tournigand L1 + L2 GERCOR V308	2004	Folfiri /Folfox6 vs Folfox6/Folfiri	21,5 vs 20,6
Hurtwitz AVF2107	2004	(2)IFL+ BEVA vs (3) IFL	20,3 vs 15,6
Cassidy N016966	2007	Folfox4 + BEVA vs Folfox4 +Placebo vs Xelox+ BEVA vs Xelox +Placebo	ND
Van Cutsem CRISTAL	2008	Folfiri+ Irinotécan vs Folfiri	K-ras sauvage 24,9 vs 21NS

