

« Cancer colorectal métastatique : Approche socio-économique »

R. Launois⁽¹⁻²⁾

In « Actualités et perspectives ». Editions scientifiques et médicales Elsevier, 1997 : 12-14.

(1) UNIVERSITE Paris XIII – Faculté de médecine Léonard de Vinci – 74, rue Marcel Cachin - 93017 Bobigny (France)

(2) REES France - 28, rue d'Assas - 75 006 Paris (France) – Email : reesfrance@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.rees-france.com>

INTRODUCTION

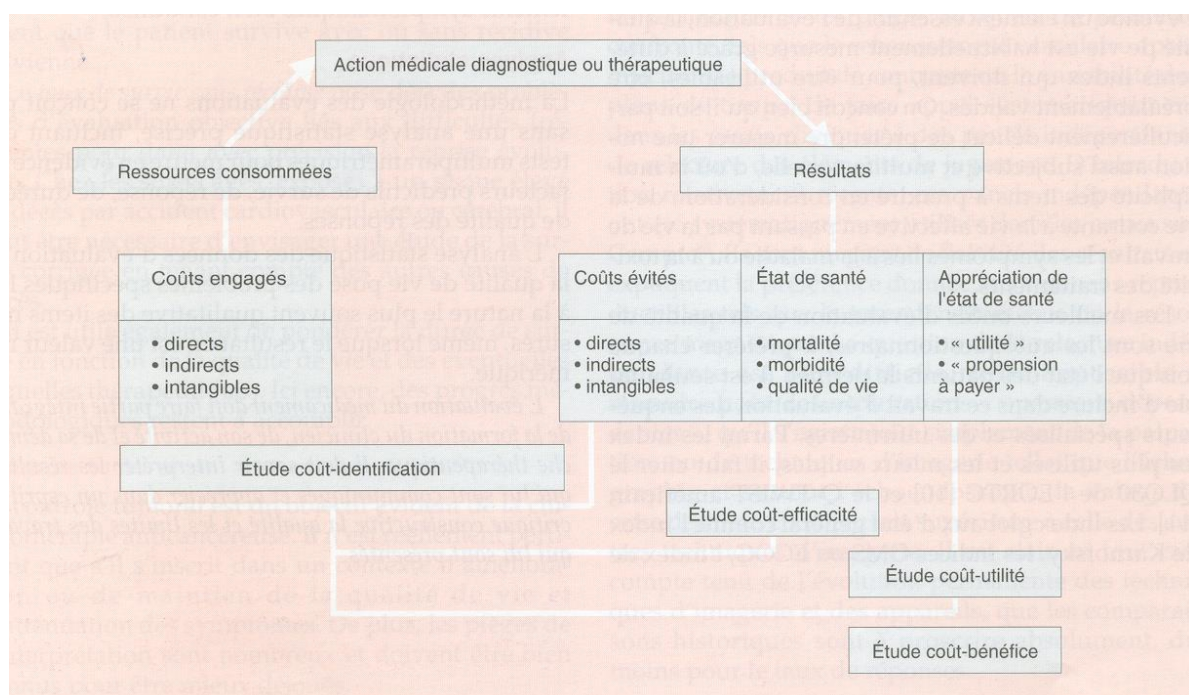
Confronté à une situation de rareté – sinon de pénurie – des moyens mis à sa disposition, le clinicien se tourne vers l'économiste pour fonder ses choix sur une démarche rationnelle¹. Il est possible d'appliquer au médicament les outils et les méthodes d'évaluation économique validés pour les programmes de santé publique, en s'appuyant sur les résultats cliniques publiés et sur les critères de jugement habituels.

1. LES DIFFERENTS TYPES D'ANALYSE ECONOMIQUE EN MATIERE DE SANTE (Fig. 1)

L'étude de type coût-identification se limite à rechercher une minimisation du coût pour un objectif donné, sans l'intégrer dans un contexte plus vaste.

L'étude coût-efficacité évalue, pour une attitude thérapeutique donnée apportant un surcroît d'efficacité donné, le coût engagé et s'efforce de répondre à la question : ce surcoût est-il justifié ? Les critères d'efficacité peuvent être pour les cliniciens la survie ou le taux de réponses mais, pour l'analyse pharmaco-économique, le « coût par pourcentage de réponse » n'a pas de sens ; seul peut-être utilisé le coût par surcroît de survie sans progression ou par surcroît de survie globale. Il importe de souligner que les études coût-efficacité ne prennent pas en compte le coût absolu d'une attitude thérapeutique, mais le coût additionnel, en le comparant à un bénéfice additionnel. On a coutume de baptiser coût-utilité des études analogues dans leur principe à celles du modèle précédent, mais tenant compte des toxicités et des symptômes. Le bénéfice obtenu est ainsi pondéré en fonction de la qualité de vie correspondante. Le dernier type d'étude, dit coût-bénéfice, consisterait à calculer les retombées économiques possibles d'un choix thérapeutique, par exemple sous la forme de journées de travail pour un patient en activité. L'évaluation des bénéfices financiers associés aux décès évités soulève de graves problèmes éthiques. Le traitement des personnes âgées qui n'ont plus d'activités professionnelles est légitime en dehors de toute considération économique. Ce type d'analyse est donc rarement utilisé dans le domaine de la santé.

Fig. 1 : Les différents types d'analyse économique possibles dans le domaine de la santé

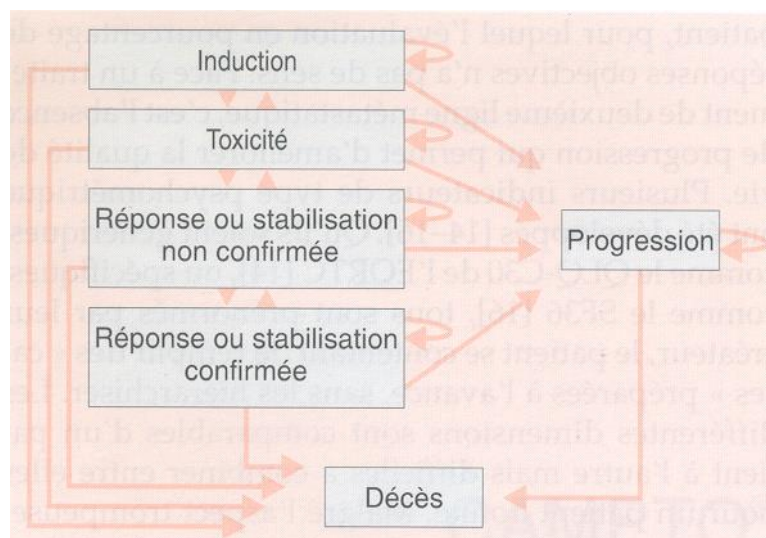


2. APPROCHE COÛT-UTILITE DU TRAITEMENT DES CANCERS COLORECTAUX METASTASES : PRINCIPE DE LA METHODE

L'évaluation économique des stratégies thérapeutiques ne saurait se limiter au coût d'acquisition des médicaments. C'est pourquoi R. Launois a mis au point et développe actuellement dans le cadre des cancers colorectaux métastases une méthodologie globale, prenant en compte d'une part l'ensemble des moyens mobilisés depuis le début du traitement palliatif de deuxième ligne jusqu'au décès du patient, d'autre part la valeur du service rendu au patient en améliorant son confort de vie.

Pour ce faire, il est nécessaire de reconstruire la trajectoire du patient depuis le début du traitement de deuxième ligne jusqu'au décès, trajectoire qui passe par différents états de santé, assortis chacun d'une probabilité de survenue, d'un coût et d'une qualité de vie. La probabilité de survenue des différents états cliniques (réponse complète, réponse partielle, stabilité, échec, toxicité ou non, existence ou non de symptômes liés à la maladie) est déterminée grâce aux données extraites des essais cliniques, éventuellement complétées par les avis d'experts reconnus. La consommation médicale a été calculée pour chaque état de santé à partir d'une enquête sur les pratiques cliniques réelles extraites de 80 dossiers cliniques représentatifs, complétées chaque fois que nécessaire par les avis d'experts de la spécialité. Ces différents éléments permettent pour chaque stratégie thérapeutique de construire un modèle dit de Markov^{2,3} (Fig. 2) dont le principal intérêt est d'autoriser le chaînage des différents événements depuis le début du traitement jusqu'au décès, en tenant compte de l'ensemble des événements et des coûts, y compris les coûts de personnel, les consommables, les toxicités et les complications. Enfin, la qualité de vie (utilité) a été estimée pour chaque état de santé à partir d'une enquête sur les préférences menée auprès de 20 infirmières ayant servi de substitut au patient pour des raisons éthiques.

Fig. 2 : Description simplifiée du modèle de Markov pour l'analyse pharmaco-économique d'un choix thérapeutique dans les maladies malignes^{4,5}



3. DESCRIPTION DU PARCOURS THERAPEUTIQUE

Selon ce modèle, le parcours d'un patient donné peut être comparé à une sorte de billard japonais, ponctué de nœuds de Markov sur lesquels se greffent les différents états de santé (fig. 3).

A la fin du premier cycle, trois éventualités sont possibles : abandon de l'essai, décès ou poursuite du traitement.

Dans ce dernier cas, le deuxième cycle est réalisé, avec les mêmes éventualités possibles.

Au troisième cycle a lieu l'évaluation de la réponse et les éventualités sont alors soit le décès, soit une progression tumorale, soit une réponse ou une stabilisation – non confirmées, puisqu'elles ne pourront l'être qu'en cas de persistance du même état pendant au moins un cycle.

Au sixième cycle, on aboutit à une situation de réponse complète ou partielle confirmée (RO), de stabilisation confirmée ou de progression.

Ces différents états peuvent eux-mêmes évoluer de nouveau vers un maintien de la réponse, une progression secondaire ou enfin le décès.

La trajectoire du patient au cours de l'évolution de la maladie est ainsi simulée par cycles de 21 jours dont les probabilités de transition sont extraites des données publiées.

4. ANALYSE DES COÛTS

Pour l'analyse des dépenses médicales (Tableau 1), deux approches sont possibles.

Celle dite du microcosting est une comptabilité détaillée allant jusqu'à dénombrer les aiguilles, les compresses et les seringues. Cette approche de microcosting est utilisée surtout par les pharmaciens hospitaliers et n'est pas adaptée à la question posée ici. Seule une approche globale est convenable, la meilleure possible actuellement étant celle permise par la technique des groupes homogènes de malades, dans laquelle le coût complet résulte de la sommation de 14 postes de comptabilité analytique⁴.

L'approche en points ISA aboutit à des résultats équivalents.

Fig. 3 : Stratégies de prise en charge du cancer du colon métastasié : description simplifiée du parcours d'un patient, par cycles de 21 jours, depuis le traitement d'induction jusqu'au décès. Connaissant, en fonction du traitement choisi – irinotecan (CPT-11), 5-fluoro-uracile (5-FU) ou autre – les probabilités de transition d'un « état de santé » vers l'autre et les coûts associés à chacun des états de santé traversés, il est possible de calculer le coût global de la prise en charge et de le comparer aux bénéfices recueillis, soit bénéfices bruts (survie sans progression), soit bénéfices pondérés en fonction de la qualité de vie attribuée aux différentes périodes de survie sans progression. RSNC : réponse ou stabilisation non confirmée ; RO : réponse objective.

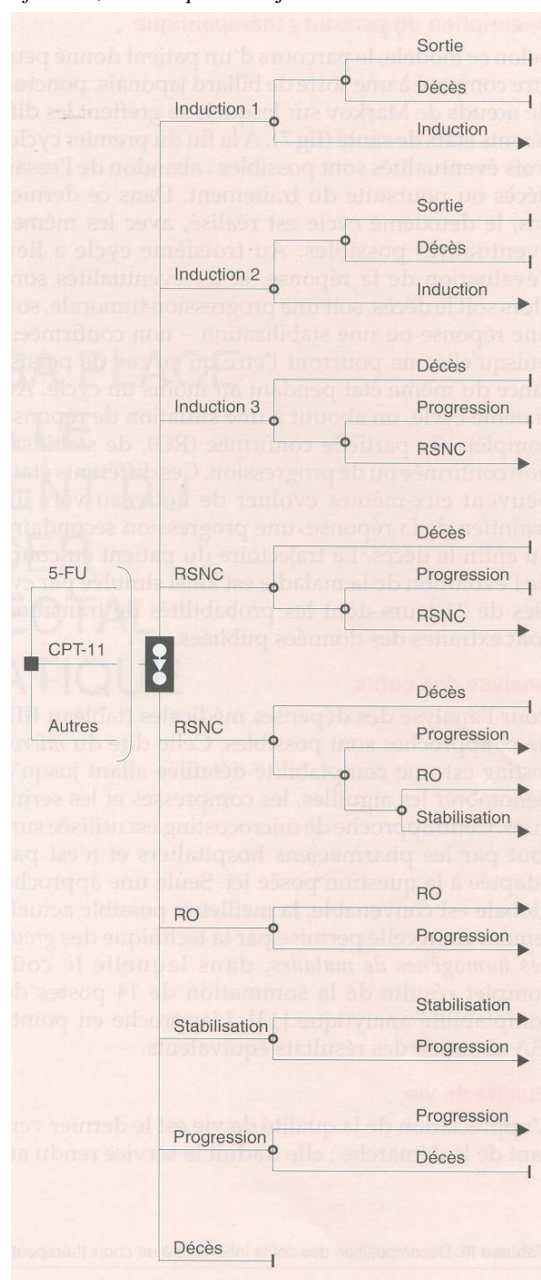


Tableau 1 : Décomposition des coûts inhérents à un choix thérapeutique donné

Dépenses médicales		<ul style="list-style-type: none"> • Frais financiers • Amortissements
<i>Variables</i> <ul style="list-style-type: none"> • Consommables • Actes médicotechniques 	<i>Fixes</i> <ul style="list-style-type: none"> • Salaires (médecins, infirmiers, aides-soignants...) • Matériels médicaux (amortissement et entretien) 	
Dépenses de logistique		
<i>Variables</i> <ul style="list-style-type: none"> • Blanchisserie • Restauration 	<i>Fixes</i> <ul style="list-style-type: none"> • Personnel administratif • Autres (administration, informatique, maintenance...) 	
<i>Coût direct total</i>		<i>Coût de structure</i>
<i>Coût complet</i>		

5. QUALITE DE VIE

L'appréciation de la qualité de vie est le dernier versant de la démarche : elle traduit le service rendu au patient, pour lequel l'évaluation en pourcentage de réponses objectives n'a pas de sens.

Face à un traitement de deuxième ligne métastatique, c'est l'absence de progression qui permet d'améliorer la qualité de vie. Plusieurs indicateurs de type psychométrique ont été développés^{5,6,7}.

Qu'ils soient génériques, comme le QLQ-C30 de l'EORTC⁵, ou spécifiques, comme le SF-36⁷, tous sont pré-normés par leur créateur, le patient se contentant de remplir des « cases » préparées à l'avance, sans les hiérarchiser. Les différentes dimensions sont comparables d'un patient à l'autre mais difficiles à combiner entre elles pour un patient donné. Malgré l'aspect trompeusement numérique des résultats, il est exclu de réaliser des calculs arithmétiques sur les différentes valeurs et, par exemple, leur sommation n'a guère de sens. Il n'existe aucun moyen de calculer la résultante des différentes dimensions, car aucune de ces échelles ne permet d'accéder à la subjectivité du malade. Il est donc indispensable de compléter ces questionnaires par des approches globales, reposant par exemple sur des échelles visuelles analogiques. C'est pourquoi l'approche de type utilité-préférence, choisie ici, convient mieux à l'évaluation économique. Elle consiste à présenter au patient lui-même (ou à son substitut, ici des infirmières de services cancérologie) des scénarii qu'il est invité à hiérarchiser par ordre de préférence. On tient compte de l'appréciation subjective globale, sans chercher à catégoriser les différents éléments intervenant dans le classement.

CONCLUSION

Au XXI^{ème} siècle, les services de soins seront structurés et organisés autour de concepts médico-économiques appelés à jouer demain le rôle qui était celui des essais thérapeutiques dans les années 70.

Ces concepts médico-économiques ne seront efficaces et ne conduiront à des décisions optimales que si les données introduites dans les modèles sont pertinentes et exactes.

Il existe à cet égard tout un domaine de recherches qui reste en grande partie à défricher.

BIBLIOGRAPHIE

-
- ¹ Smith TJ, Hillner BE, Desch E. Efficacy and cost-effectiveness of cancer treatment : rational allocation of resources based on decision analysis. *J Natl Cancer Inst* 1993 ; 85 : 1460-74.
 - ² Beck JR, Pauker SG. The Markov process in medical prognosis. *Med Decis Making* 1983 ; 3 : 419-58.
 - ³ Sonnenberg FA, Beck JR, Markov models in medical decision making. A practical guide. *Med Decis Making* 1993 ; 13 : 322-38.
 - ⁴ Echelle nationale des coûts relatifs par groupe homogène de malades. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. *Bulletins Officiels* 1993 : n° 95 bis.
 - ⁵ Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B et al. The european organization for research and treatment of cancer QLQ-C30 : a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993 ; 85 : 365-76.
 - ⁶ Quality of life adjusted survival for comparing cancer treatments. A commentary on TWIST and Q-TWIST. *Cancer* 1991 ; 67 (Suppl) : 851-4.
 - ⁷ Jenkinson C, Coulter A, Wright L. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire : normative data for adults of working age. *Br Med J* 1993 ; 306 : 1437-40.