

LA LETTRE DU COLLEGE

COLLEGE DES ECONOMISTES DE LA SANTE

EDITORIAL

LES ECONOMISTES DE LA SANTE SONT ILS TENUS A L'ECART ?

La communauté des économistes de la santé s'inquiète souvent de n'être pas consultée dans la conception et la mise en oeuvre des politiques, voire des réformes du système de santé.

Mais ne sommes nous pas affligés de myopie ou tout simplement d'impatience ?

L'évolution des mentalités peut elle être rapide dans un pays où la culture économique du citoyen est si mince ?

Qui nierait cependant que nos raisonnements d'hier soient repris aujourd'hui par tel ou tel leader syndical ou professionnel, tel ministre ou homme politique, même si nous n'apparaissions pas officiellement comme leurs conseillers ? Qui pourrait contester que notre influence ait été présente dans les négociations sur les accords de modération par exemple, sur la régulation médicalisée ou l'Accord-Cadre Etat-Industrie pharmaceutique ?

On peut certes regretter que ce cheminement ne soit pas plus rapide, mais il nous revient aussi de traduire en schémas opérationnels nos schémas d'analyse et d'indiquer très concrètement les voies qui mèneront notre système à gagner en rationalité économique, sans compromettre pour autant les progrès de la médecine et de la santé.

Emile LEVY

NOTE METHODOLOGIQUE SUR L'ANALYSE COUT-EFFICACITE MARGINALE

Le défi lancé aux décideurs est désormais d'atteindre l'objectif premier qu'ils se fixent quelle que soit leur couleur politique, améliorer l'état de santé de la population, tout en parvenant à maîtriser les dépenses. Le pilotage à vue dans une situation aussi difficile est manifestement dépassé. Il est nécessaire d'utiliser des connaissances médicales produites par ailleurs, dans les essais randomisés par exemple, et des techniques mathématiques

comme l'analyse décisionnelle, pour donner une formulation rigoureuse au problème posé. L'arbre de décision et l'analyse coût-efficacité marginale sont les outils de références à utiliser.

Le premier travail consiste à recenser les schémas thérapeutiques possibles et les paramètres clé, épidémiologiques ou cliniques, pouvant avoir une incidence sur le résultat et le coût du traitement dans

l'indication concernée. Le problème thérapeutique est décomposé spécifiquement à l'aide d'un arbre de décision qui comporte trois types de noeuds : les noeuds de choix, les noeuds aléatoires, et les noeuds terminaux. Les embranchements issus des premiers correspondent aux différentes possibilités d'actions thérapeutiques (par exemple le choix d'un antibiotique). Les branches émanant des noeuds aléatoires représentent les divers événements

qui peuvent survenir à l'issue des initiatives prises (échec de la première antibiothérapie, deuxième traitement de ville, ou envoi à l'hôpital, etc...). Enfin, les noeuds terminaux enregistrent à la fois les résultats obtenus et les coûts.

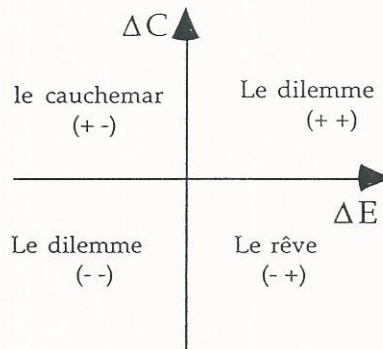
Pour chaque modalité de traitement envisagé, il est calculé une espérance globale d'efficacité et une espérance globale de coût du traitement et les résultats obtenus. On calcule pour chacun des ultimes noeuds aléatoires, la valeur des branches qui en sont issues en multipliant les données numériques de chaque noeud terminal par la probabilité de la branche qui le porte et en sommant les produits correspondants. La valeur de chaque noeud est donc égale à la somme des valeurs de chacune des branches (procédure de calcul de la moyenne). La remontée de l'arbre s'effectue en descendant des plus hautes branches vers les racines, chaque noeud aléatoire distribuant à son tour sa valeur à la branche à laquelle il est attaché (procédure du chaînage arrière).

A l'issue de ces différents calculs, on peut représenter l'ensemble des stratégies possibles sur un graphique à 4 cadrans (graphique 1), où en abscisse est portée la valeur de l'efficacité, et en ordonnée celle des coûts. A tout point situé dans l'un de ces cadrans correspond une stratégie thérapeutique possible. Par hypothèse, ces stratégies sont mutuellement exclusives, c'est-à-dire qu'elle ne peuvent pas être mises en oeuvre simultanément dans le cadre d'une même indication. Il va de soi que la mastectomie élargie est incompatible avec une tumorectomie. Au remplacement d'une stratégie par une autre correspond, dans l'espace des choix, le passage d'un point à un autre, ce qui entraîne à la fois une variation des dépenses, et une modification de l'efficacité. Dans les deux cas, il s'agit d'un *différentiel de deux valeurs moyennes nettes*.

Différentiel, parce qu'on ne mesure que les écarts entre les deux stratégies, valeur moyenne, puisqu'il s'agit d'un calcul d'espérance mathématique fondé sur la probabilité de survenue des événements ; valeur nette, dans la mesure où le chiffre final intègre à la fois des contributions positives et négatives : le coût supplémentaire du traitement est calculé déduction faite des économies additionnelles qu'il permet de réaliser sur les soins évités ; l'efficacité du traitement est jugée à l'aune de l'impact négatif des effets indésirables qu'il provoque. Le quotient de ces deux grandeurs définit le ratio coût-efficacité marginal.

Graphique 1

Variation de coût et d'efficacité
Les cas de figure possibles

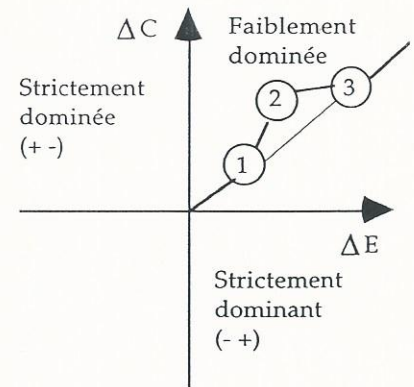


Pour classer les différentes stratégies les unes par rapport aux autres, on utilise deux critères d'efficacité. Le premier critère consiste à dire qu'une stratégie est *fortement* dominée ce qui implique qu'elle doit être éliminée du champ de choix dès lors qu'elle est *moins efficace à coût égal, ou qu'elle coûte plus cher à efficacité équivalente* (graphique 1). Ce critère permet d'éliminer un certain nombre de stratégies inefficaces situées dans l'angle nord-ouest (NW) du graphique. Cependant, il subsiste dans les cadres NE et SW, un grand nombre de stratégies qui ne sont pas dominées, aux termes de la dé-

inition précédente. La stratégie 2 est plus coûteuse et plus efficace que la stratégie 1, et la stratégie 3 est plus coûteuse et plus efficace que la stratégie 2 ; toutefois la combinaison linéaire des stratégies 1 et 3 (cf. graphique 2) permettrait d'obtenir un résultat identique en dépensant moins d'argent, ou de meilleurs résultats pour un coût inchangé. On dira donc, avec Milton-Weinstein (1), qu'une stratégie est *faiblement* dominée si, et seulement si, le rapport coût-efficacité marginal décroît (la pente entre 2 et 3 est plus faible que celle observée entre 1 et 2) lorsque le coût total du traitement augmente ; auquel cas il convient de l'éliminer, et de recalculer les différences de coût et d'efficacité qu'entraînerait un nouveau choix thérapeutique par rapport à la dernière stratégie non dominée (dans le cas présent la stratégie 1).

Graphique 2

Recherche des schémas thérapeutiques dominés



Après avoir isolé parmi toutes les stratégies envisageables, l'ensemble des stratégies efficaces à l'aide des axiomes de dominance forte ou faible, la collectivité nationale doit choisir parmi toutes les stratégies efficaces celle qui lui paraît la meilleure, en arrêtant la somme maximale qu'elle est disposée à payer par unité supplémentaire d'efficacité. Une des solutions

possibles consiste à prendre pour guide, des décisions déjà mises en oeuvre pour d'autres molécules innovantes, en réinjectant *a priori* dans l'analyse des valeurs constatées *a posteriori* pour des produits dont l'admission a déjà été prononcée. La valeur la plus élevée du rapport surcoût-surcroît d'efficacité acceptée lors de l'admission au remboursement par la tutelle dans un passé récent mesure le supplément de coût que l'assurance-maladie a été

amenée à prendre en charge. Elle nous indique du même coup le prix maximal auquel la société serait prête à acquérir une unité supplémentaire d'efficacité par un autre traitement. Il suffit donc de comparer cette valeur-seuil avec les rapports C.-E. "marginaux" des nouvelles molécules présentées, pour savoir si l'admission de celle-ci au remboursement est légitime ou non. Tant que le quotient surcoût/surcroît d'efficacité est infé-

rieur à cette valeur-seuil, la demande est justifiée. Dans le cas contraire, la comparaison suggère qu'elle doit être rejetée.

Robert LAUNOIS
Professeur à l'université de Paris XIII

1) Weinstein MC "Economic assessment of medical practises and technology" Med. Decis. Making, 1981 ; 1 : 309-330

LA MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE

Nos voisins européens savent adapter leurs dépenses de santé à leur économie grâce à cinq techniques qui s'expliquent par la structure de ces dépenses.

maîtrisent justement pas leurs dépenses.

La deuxième méthode consiste à mettre en première ligne un médecin

crédit dans les banques. La sanction est collective : quand le volume des actes augmente trop, leur prix unitaire diminue mécaniquement.

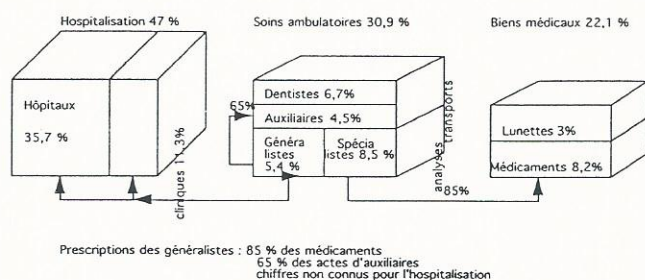
L'Allemagne et la Belgique l'utilisent pour les honoraires médicaux ou les actes de laboratoires, tous les pays européens pour les hôpitaux depuis le milieu de l'année 1980. Efficace à court terme pour calmer l'ardeur dépensière, cette technique inquiète, pour le long terme, par sa rigidité : comment intégrer les effets du progrès technique et moduler les taux en fonction des besoins ?

La quatrième méthode, la **régionalisation**, consiste à limiter le budget public de chaque région, libre d'y ajouter des ressources locales ou privées. L'Angleterre, la Suède et l'Espagne utilisent cette technique.

La cinquième méthode, dite "**managed care**" aux Etats-Unis ou "maîtrise médicalisée des dépenses" en France, consiste à optimiser la filière de soins de chaque malade. Sans système d'information, ni contrôle rigoureux du payeur, point d'effet autre que psychologique à en attendre.

Les succès décisifs obtenus par l'Allemagne, les Pays du Nord de l'Europe ou la Hollande tiennent à ce qu'on y applique avec constance une ou deux méthodes. Une règle du jeu claire y façonne les anticipations. L'Angleterre s'appuie, surtout depuis la réforme de 1991, sur ses généralistes et sur des enveloppes

Les dépenses de Santé en France



Source : Comptes de la santé (chiffres 1992)

La première méthode consiste à **responsabiliser** le malade en le faisant payer. Efficace au niveau individuel et pour certains soins (lunettes ou dents), cette approche, au niveau collectif, échoue, et ce pour deux raisons. D'une part, ces dépenses sont très concentrées : en les faisant payer, on limite vite l'accès des vrais malades aux soins. D'autre part, les malades étant mauvais juges de leurs besoins, ils payent volontiers toujours plus. Ainsi les impératifs d'équité et d'efficacité se trouvent-ils en contradiction, comme l'a montré le plan Seguin.

Les Etats-Unis et la France qui utilisent le plus cette méthode ne

de famille "**gate keeper**" pour éviter les requêtes inutiles.

Le graphique illustre le rôle central des généralistes : ils prescrivent 85 % des médicaments et bon nombre d'hospitalisations.

Le Royaume-Uni, la Hollande et certains HMO américains témoignent que cette méthode est efficace. Au Danemark, 95 % de la population, à qui le choix est offert, préfère cette formule au papillonnage.

La troisième méthode, dite des "**enveloppes globales**", consiste à freiner l'évolution de chacun des blocs de dépenses par un taux directeur, analogue à feu l'encadrement du