

L'évaluation médico-économique en 10 mots clefs

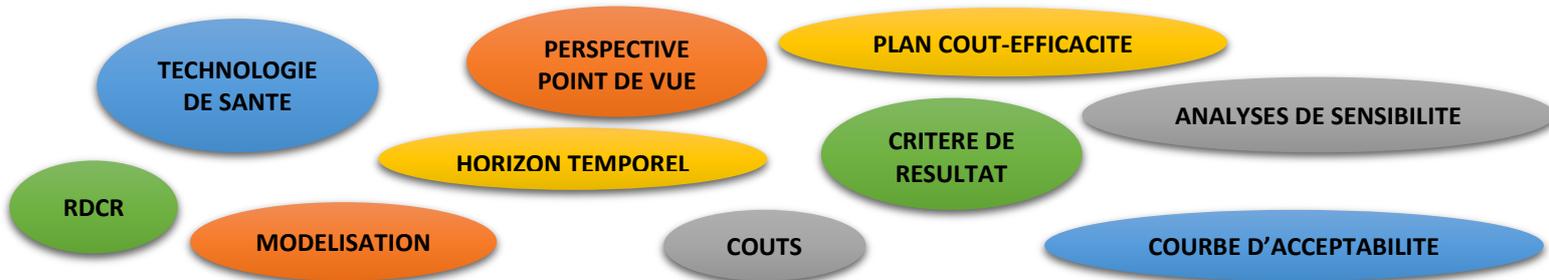
Solène BRUNET-HOUDARD

➤ CONTEXTE

L'évaluation médico-économique se développe de plus en plus en santé.

Elle fait appel à des méthodes variées dont les objectifs peuvent être très différents :

- Mesurer le **coût de prise en charge d'une pathologie** par une ou différentes stratégies thérapeutiques ;
▶ **Études « Coût de la maladie » (ECM)**
- Évaluer l'**efficacité** (rapport coût-efficacité) **d'une nouvelle stratégie** par rapport à une stratégie de référence ;
▶ **Évaluations médico-économiques (EME)**
- Mesurer l'**impact financier** d'une stratégie de santé sur le budget d'un payeur ;
▶ **Analyses d'impact budgétaire (AIB)**
- Mesurer les **impacts multidimensionnels** d'une technologie de santé (médical, économique, organisationnel, stratégique) ▶ **Évaluations de Technologie de Santé (ETS)**



➤ STRATEGIE OU TECHNOLOGIE DE SANTE

➤➤ Une stratégie ou technologie de santé désigne « toute intervention susceptible d'être utilisée pour la prévention, le diagnostic, ou le traitement d'un problème de santé, ou pour la réadaptation. » (Source INAHTA).

Il peut s'agir d'un médicament, d'un dispositif médical, d'un acte médical ou chirurgical, d'une stratégie de prise en charge globale ou d'une pathologie, ou encore d'une organisation du système de santé. Ces stratégies ont un impact sur la santé à travers le processus de soin. L'évaluation économique s'intéresse essentiellement aux **stratégies innovantes**.

➤ RATIO DIFFERENTIEL COUT-RESULTAT (RDCR) INCREMENTAL COST-EFFECTIVENESS RATIO (ICER)

➤➤ Le RDCR est le critère principal des évaluations médico-économiques (EME). Il permet de répondre à la question de l'efficacité :

$$\text{RDCR} = \frac{\text{Coût Stratégie N} - \text{Coût Stratégie R}}{\text{Résultat Stratégie N} - \text{Résultat Stratégie R}}$$

N correspond à la **nouvelle stratégie** que l'on veut diffuser ; **R** correspond à la **stratégie de référence** (pratique courante, recommandée ou stratégie « ne rien faire » le cas échéant).

Le RDCR permet l'**analyse comparative** des **coûts** et des **résultats ou conséquences** de stratégies de santé alternatives. Il donne le **coût supplémentaire ou l'économie réalisée pour obtenir une unité de résultat supplémentaire** avec la stratégie N par rapport à la stratégie R.

➤ PERSPECTIVE / POINT DE VUE

➤➤ Il s'agit de l'acteur pour qui les coûts sont valorisés (payeur) : système de soins, Assurance-maladie, établissement de santé, patient, collectif...

Ex : De façon schématique, le coût d'une consultation chez le généraliste en ville est de 15,10€ pour l'Assurance-maladie (70% du tarif de convention), 6,90€ pour la mutuelle (le cas échéant), 1€ pour le patient (participation forfaitaire)...

➤ HORIZON TEMPOREL

➤➤ L'horizon temporel est la période de référence de l'étude (durée de l'étude). L'analyse portera sur les données recueillies sur l'horizon temporel.

Il doit prendre en compte les **conséquences** (cliniques et économiques) à court et à long terme de la stratégie.

➤ CRITERE DE RESULTAT

➤➤➤ Ce terme est employé pour désigner le critère retrouvé au dénominateur du RDCR dans les EME.

Si la stratégie étudiée a un impact sur la qualité de vie, alors on recourt à une **analyse coût-utilité**. Le critère de résultat est le **QALY (Quality Adjusted Life Year)**. Un QALY correspond à une année de vie en bonne santé. Il s'obtient en ajustant les années de vie gagnées (espérance de vie) par leur qualité (score de qualité de vie). Si non, l'EME est une **analyse coût-efficacité**. Le critère de résultat est alors exprimé en **années de vie** ou correspond à un **paramètre clinique, biologique ou d'imagerie**, de préférence prédictif de la durée de vie.

➤ COÛTS

➤➤➤ Les coûts correspondent aux dépenses liées aux stratégies et à leurs conséquences selon la perspective choisie.

On obtient les coûts après 3 étapes :

1. **Recueil des consommations de soins** (hospitalisations, consultations, prises de sang...) (A)
2. Recherche de leur coût (**valorisation**) (B)
3. **Calcul des coûts totaux** par multiplication de (A)*(B).

Le recueil des coûts pourra porter sur les **coûts directs** (coûts directement liés à la stratégie) **médicaux** (Ex : consultation) ou **non médicaux** (Ex : transports médicaux) et les **coûts indirects** (liés aux pertes de productivité ; arrêts de travail). On procédera à une **actualisation des coûts et des résultats**, uniquement dans le cadre des EME dont l'horizon temporel est supérieur à une année.

➤ MODELISATION

➤➤➤ La modélisation permet de réaliser des études à partir de données existantes (base de données ou littérature scientifique). Ces études sont donc plus rapides et plus simples que des études prospectives.

Elle consiste à imaginer de façon **dynamique** des **scenarios** à long terme et sur une population large en s'appuyant sur des **hypothèses justifiées**. C'est également un moyen de présenter l'incertitude des résultats des études. La modélisation est utile pour les EME mais aussi pour les **AIB**. Les deux principaux modèles utilisés dans les EME sont les **arbres de décision** et les **modèles de Markov**.

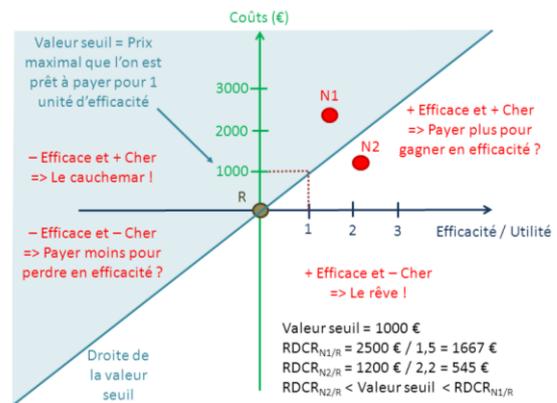
➤ PLAN COUT-EFFICACITE / PLAN COUT-UTILITE

➤➤➤ Le plan coût-efficacité est la représentation graphique en 2 dimensions (efficacité et coût) des résultats d'une EME.

La stratégie R est placée à l'origine du graphique et le positionnement de la stratégie N se fait grâce au RDCR. Les stratégies évaluées sont le plus souvent situées dans le quadrant nord-est (+ efficaces et + chères).

La question est alors de savoir **combien le payeur est prêt à payer pour gagner 1 unité d'efficacité**.

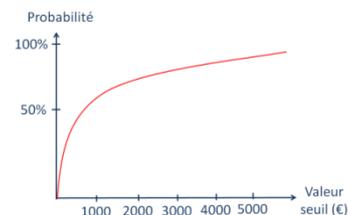
Cette **valeur seuil** se représente par une droite en dessous de laquelle les stratégies sont dites **efficaces** (RDCR < valeur seuil).



➤ COURBE D'ACCEPTABILITE

➤➤➤ C'est la représentation visuelle de la relation entre l'incertitude du RDCR et la valeur seuil du payeur.

Elle définit la **probabilité qu'une stratégie soit efficace, en fonction de la valeur seuil**.



➤ ANALYSE DE SENSIBILITE / INCERTITUDE

➤➤➤ L'analyse de sensibilité permet d'appréhender l'incertitude liée aux résultats.

Cette incertitude est liée aux **choix méthodologiques**, aux **données** recueillies et disponibles, aux **hypothèses** de la modélisation, à l'**extrapolation** des résultats. Les analyses de sensibilité permettent de quantifier et de représenter la marge d'erreur des résultats présentés selon différentes formes :

- Analyse déterministe univariée (Diagramme de Tornado)
- Analyse probabiliste (Simulations de Monte Carlo)
- Bootstrapping non paramétrique

➤ REFERENCES

- Drummond MF. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Fourth Edition. Oxford University Press. 2015
- HAS, Guide méthodologique : Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS, Octobre 2011
- The International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)

➤ CONTACTS DE L'UEME

☎ 02.18.37.08.97 ✉ ueme@chu-tours.fr

Dr Solène BRUNET-HOUDARD, responsable
Mme Fanny MONMOUSSEAU, économiste
Pr Emmanuel RUSCH, expert scientifique