



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



journal homepage: <http://france.elsevier.com/direct/purol>



Aspects économiques et politiques de la prévention du cancer de la prostate

Economic and political aspects of prostate cancer prevention

I. Durand-Zaleski

Hôpital Henri-Mondor, AP-HP, Groupe Hospitalo-Universitaire Sud, Université Paris XII, Créteil, France.

MOTS CLÉS

Economie de santé ;
Politique ;
Loi ;
Santé publique ;
Coûts ;
Dépistage

KEYWORDS

Health economic;
Politic;
Law;
Public health;
Costs;
Screening

Résumé

Décider d'une politique de santé signifie en pratique consacrer des moyens humains et financiers et hiérarchiser les dépenses prioritaires. L'évaluation économique des stratégies de prévention tend à établir une relation entre le bénéfice médical de la prévention et son surcoût (ou dans certains cas la réduction de coût) comparé à l'absence de prévention. Les décisions de rembourser des médicaments, des interventions ou de financer des programmes de santé ne suivent pas habituellement les critères d'efficacité qui définissent la rationalité économique. Le politique peut décider par exemple de faire du cancer de la prostate une priorité de santé publique si la mortalité dans le pays ou dans certaines régions du pays paraît trop élevée. La rationalité économique seule n'a pas de légitimité à fonder une décision, qui peut être uniquement politique pour traduire concrètement les valeurs de la société à un moment donné de son évolution.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Deciding on a health policy in practice means dedicating human and financial resources and prioritising spendings. The economic evaluation of prevention strategies attempts to establish a relationship between the medical benefit of prevention and its additional cost (or in some cases cost reduction) compared to no prevention. Decisions on reimbursing drugs, interventions or funding health programmes do not usually follow efficiency criteria which define economic rationality. Politics may for example decide to make prostate cancer a public health priority if mortality in a country or in some regions of the country appears to be excessively high. Economic rationality alone is not an appropriate factor on which to base a decision which may be purely political, reflecting the actual values of the society at a given point in time.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Correspondance.

Adresse e-mail : isabelle.durand-zaleski@hnm.ap-hop-paris.fr (I. Durand-Zaleski).

Introduction

Décider d'une politique de santé signifie en pratique consacrer des moyens humains et financiers c'est-à-dire choisir entre plusieurs utilisations possibles de ces moyens et prioriser. L'économie de la santé et l'économie politique proposent des méthodes de priorisation et permettent d'analyser comment les décideurs établissent des priorités. Nous examinerons les contributions de ces disciplines dans le cadre particulier de la prévention du cancer de la prostate. La décision en santé est examinée ici du point de vue collectif par opposition à la décision individuelle prise par un praticien pour un patient. L'objet de cet article se limite à l'analyse de la décision publique dans les pays où la santé est financée de manière majoritairement publique, ou de la décision du payeur (assurances privées) aux États-Unis.

Apport de l'économie de la santé à la décision publique

Ce que l'économie de la santé n'est pas

Tout d'abord, il convient de réfuter des idées fausses sur l'économie de la santé. Les deux principales idées fausses sont que l'économie de la santé, ou approche « médico-économique » est un calcul des coûts et que son but est de réduire les dépenses consacrées à la prise en charge sanitaire de la population. L'économie de la santé s'intéresse en même temps aux résultats médicaux et aux coûts et évalue les ressources nécessaires à l'obtention d'un résultat médical, diagnostique ou thérapeutique. Elle n'est donc ni une analyse des bonnes pratiques ou la détermination des stratégies les plus efficaces pour les patients, ni un calcul des coûts, mais la conjonction des deux. Il est fondamental de comprendre que l'économie de la santé n'a pas de substrat si elle ne tient pas compte des données médicales d'efficacité. On représente souvent graphiquement les évaluations économiques sur un plan où l'axe des abscisses indique le résultat médical et l'axe des ordonnées les coûts (Figure 1). Ainsi, une analyse des données de la littérature médicale permet de situer une stratégie sur l'axe des abscisses, l'étude des coûts la situe sur l'axe des ordonnées et le résultat de l'évaluation économique est un point du plan.

Une autre idée fausse concerne les coûts relatifs de la prévention et des traitements curatifs. Il n'est pas démontré que l'investissement dans la prévention permette de réduire les coûts en évitant d'utiliser des traitements curatifs, et ce n'est d'ailleurs pas le but. Si l'on reprend les définitions ci-dessus, il apparaît bien que l'évaluation économique des stratégies de prévention consiste à établir une relation entre le bénéfice médical de la prévention et son surcoût (ou dans certains cas la réduction de coût) comparé à l'absence de prévention.

Utilisation des résultats des évaluations économiques

L'application des résultats des évaluations économiques permet de prioriser les différents programmes de santé en assurant que les ressources sont utilisées de manière à maximiser le bénéfice en santé pour la population. On produit

ainsi des *league tables* qui sont une liste de l'ensemble des programmes de santé, classés par ordre d'efficacité, c'est-à-dire de bénéfice de santé obtenu pour chaque euro dépensé (<http://www.tufts-nemc.org/cearegistry/news.asp> et <http://www.tufts-nemc.org/cearegistry/data/docs/PhaseIIACompleteLeagueTable.pdf>). Ainsi, on a estimé que le suivi des patients avec un score de Gleason 5-7 [2] par suivi de la ploïdie ADN (monitoring si euploïdie et intervention si aneuploïdie) chez les patients de 60 ans correspondait à une dépense de 18 000 \$ pour une année de vie supplémentaire gagnée. Cette intervention peut alors être comparée avec les 11 000 \$ par année de vie supplémentaire de l'utilisation de l'aspirine en prévention cardiovasculaire chez les hommes de plus de 35 ans, ou les 51 000 \$ par année de vie supplémentaire de la transplantation pulmonaire chez les patients en insuffisance respiratoire terminale. Ces calculs permettent de classer les interventions par ordre d'efficacité et sont complétés par des informations plus normatives, issues en particulier des travaux de l'organisation mondiale de la santé (OMS) sur des seuils acceptables. Les interventions qui « coûtent » une fois le produit intérieur brut (PIB) par habitant pour prolonger d'une année supplémentaire la vie d'un patient ont une « bonne » efficacité, les interventions qui coûtent plus de 3 à 5 fois le PIB par habitant sont considérées comme peu efficaces, voire inefficaces et d'efficacité discutable entre 1 à 3 fois le PIB par habitant. Pour la France, cela correspond à un seuil d'efficacité de 25 000 € par année de vie supplémentaire pour le seuil inférieur et 75 à 100 000 € par année de vie supplémentaire pour le seuil supérieur [3]. Toutefois, on constate en pratique que les décisions de rembourser des médicaments, des interventions ou de financer des programmes de santé ne suivent pas habituellement les critères d'efficacité qui définissent la rationalité économique.

Apport de l'économie politique

Ce constat a conduit à rechercher les autres rationalités qui motivent les acteurs de la santé : patients, professionnels, politiques, bureaucraties et groupes de pression notamment [4]. En effet, la rationalité économique conduit à choisir les interventions qui maximisent un gain de santé

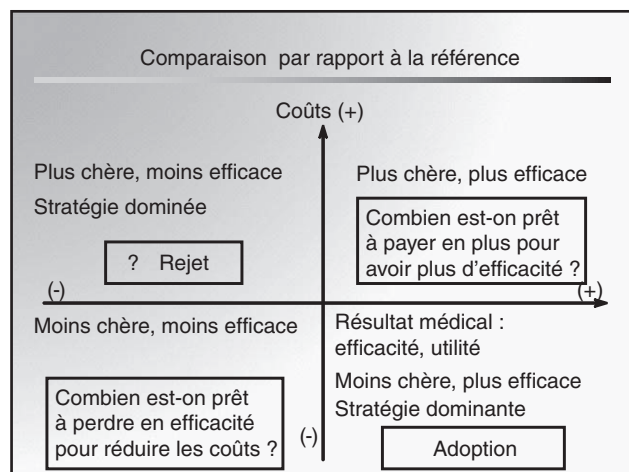


Figure 1. Représentation d'une évaluation économique comparant une nouvelle stratégie, diagnostique ou thérapeutique, au standard de référence [1].

pour la population sous contrainte budgétaire, tandis que la rationalité politique conduit à privilégier les interventions qui maximisent un gain électoral (qui touchent une large population ou qui permettent de recruter un nouvel électeur), la rationalité des bureaucraties est de maximiser leur budget et leur champ d'intervention, et la rationalité des groupes de pression est d'accroître leur zone d'influence et de maximiser le gain pour leurs adhérents. La politique de santé d'un pays est finalement la résultante de toutes ces rationalités et aboutit, selon les circonstances, à privilégier tantôt une rationalité tantôt une autre. On peut illustrer cette approche d'économie politique par l'exemple du finastéride dans la prévention du cancer de la prostate [5,6]. Une étude d'évaluation médico-économique estime que le coût par année de vie supplémentaire gagnée est de 1 660 000 \$, et de 200 000 \$ en pondérant le gain d'année de vie par un coefficient de qualité de vie [7]. Ce coût est au-delà du seuil d'efficacité proposé par l'OMS, mais n'est pas nécessairement un critère décisionnel pour le politique. Le politique peut décider de faire du cancer de la prostate une priorité si la mortalité dans le pays ou dans certaines régions du pays paraît trop élevée. Dans ce cas, on cherchera les interventions qui sont les plus efficaces pour améliorer la survie des patients atteints d'un cancer de la prostate, sans les comparer à d'autres interventions qui affecteraient la même population, en réduisant par exemple la mortalité cardiovasculaire. Les patients peuvent privilégier une approche qui permet de limiter des actes invasifs (biopsies) [8], mais aussi plus globalement avoir leurs propres priorités et redouter davantage un risque de cancer qu'un risque de maladie vasculaire.

Conclusion

Ainsi, la rationalité économique seule n'a pas de légitimité à fonder une décision, qui ne peut être que politique

pour rendre compte des valeurs de la société à un moment donné de son évolution.

Le Pr Isabelle Durand-Zaleski déclare avoir participé à des essais cliniques en qualité de co-investigateur pour les laboratoires Medtronic, Biotronik, Johnson & Johnson. Elle a participé à des rapports d'expertise pour les laboratoires Medtronic, Pfizer, MSD. Elle a exercé une activité de conseil pour les laboratoires Medtronic, Pfizer, MSD, Grunenthal, Abbott. Elle est intervenue au cours de conférences organisées par les laboratoires Medtronic, Pfizer, MSD et LFB.

Références

- [1] Laupacis A, Feeny D, Detsky AS, Tugwell PX. How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations. *CMAJ* 1992;146:473-81.
- [2] Molinié V, Ruffion A, Allory Y, Leroy X, Cochand Priollet B, Paraf F, et al. Un grade tumoral est-il applicable au cancer de la prostate sous finastéride? *Prog Urol* 2005;15:387-91.
- [3] Murray CJ, Lauer JA, Hutubessy RC, Niessen L, Tomijima N, Rodgers A, et al. Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk. *Lancet* 2003;361:717-25.
- [4] Goddard M, Hauck K, Preker A, Smith PC. Priority setting in health: a political economy perspective. *Health Economics, Policy and Law* 2006;1:79-90.
- [5] Eschwege P. Chimio-prévention du cancer de la prostate. *Prog Urol* 2003;13:1262-7.
- [6] Mangin P, Cornu JN, Roupert M. Vingt ans de prise en charge du cancer de la prostate: le patient est-il resté le même? *Prog Urol* 2007;17:282-4.
- [7] Zeliadt SB, Etzioni RD, Penson DF, Thompson IM, Ramsey SD. Lifetime implications and cost-effectiveness of using finastéride to prevent prostate cancer. *Am J Med* 2005;118:850-7.
- [8] Doublet JD, Cornu JN, Roupert M. Deux innovations diagnostiques majeures dans la prise en charge du cancer de la prostate. *Prog Urol* 2007;17:285-6.