



Efficacité, adéquation, économicité : la leçon des pays pauvres aux nantis...

Editorial

B. Genton

L. Loutan

S'il y a bien une nécessité pour un pays pauvre, c'est celle d'établir des priorités pour ses dépenses. En ce qui concerne la santé, la sélection des stratégies à appliquer est en général basée sur trois critères, à savoir l'efficacité, l'adéquation et l'économicité. Toute nouvelle thérapie doit faire l'objet d'une évaluation rigoureuse quant au bénéfice apporté au patient qui la reçoit. Son efficacité doit être supérieure ou équivalente au traitement standard. La faisabilité, l'acceptabilité et le confort font aussi partie de l'appréciation quant à son adéquation. La question de l'économicité dépasse le seul prix du médicament ou de la procédure; elle prend en compte les coûts directs et indirects. Le respect de

ces trois critères permet de s'assurer qu'un médicament ou qu'une stratégie représente «more health for money».

Cette qualité est primordiale lorsque les ressources sont limitées. Les pays à faible revenu, à la différence des pays «riches», ne peuvent faire

«... il est nécessaire de démontrer qu'une nouvelle intervention va avoir un impact sur la mortalité ...»

l'économie d'une évaluation complète d'une innovation avant son application à large échelle. La question est de savoir si l'introduction d'un nouveau test diagnostique, d'un nouveau médicament ou d'une nouvelle stratégie de prise en charge va apporter un réel bénéfice pour son utilisateur et/ou pour le patient. En plus des trois critères cités plus haut, il est souvent nécessaire de démontrer qu'une nouvelle intervention va avoir un impact sur la mortalité. Cette démarche rigoureuse a été menée récemment dans le domaine de la malaria avec des résultats spectaculaires dans de nombreux pays. Un nouveau test diagnostique rapide (innovation) a été largement évalué quant à sa performance diagnostique (validation), et ceci dans différentes conditions d'utilisation (adéquation). Il a ensuite été implanté de façon pilote dans plusieurs pays à endémicité différente; il a démontré une sécurité dans les conditions d'emploi standard et a entraîné une diminution de la consommation de médicaments antipaludéens de 75% grâce à l'abandon du diagnostic présomptif basé seulement sur la présence de fièvre.¹⁻³ Le bénéfice est clair pour le patient (il est traité pour la maladie dont il souffre et il n'est pas à risque d'effets secondaires inutiles), et l'économie est substantielle pour le patient (s'il paie lui-même) ou les pourvoyeurs de fonds. En plus du diagnostic, le traitement de la malaria a également fait l'objet d'études comparatives rigoureuses dans quasiment toutes les conditions d'endémicité, dans différentes populations, dans tous les groupes d'âge et même chez les femmes enceintes. Les programmes nationaux de lutte contre le paludisme ont ainsi été développés à partir d'études solides qui ont permis de s'assurer que les gains en termes de santé sont substantiels et à des coûts raisonnables.

Dans nos pays, la démarche n'est pas aussi rigoureuse. Si l'efficacité d'un nouveau médicament est en général démontrée, l'évaluation des critères de l'adéquation et de l'économicité est fréquemment escamotée. Ces étapes sont spécialement importantes pour toutes les nouvelles technologies qui apparaissent. Il en va de même pour les nouveaux moyens diag-

Articles publiés sous la direction des professeurs



Blaise Genton

Médecin-chef
Service des maladies infectieuses,
CHUV, Lausanne
Centre de vaccination et de médecine
des voyages PMU, Lausanne
et Swiss tropical and public health
institute, Université de Bâle, Bâle

Louis Loutan

Médecin-chef
Service de médecine internationale
et humanitaire
Département de médecine
communautaire, de premier recours
et des urgences
HUG, Genève



nostiques. L'étape de validation est généralement correctement effectuée mais l'évaluation du bénéfice réel pour le patient est souvent inexistante.

Et pourtant... selon la loi sur l'assurance maladie (LAMal), «les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques» (Article 32). Il ne fait pas de doute que de nombreuses procédures de la médecine allopathique ne répondent pas, ou plus, aux trois critères. Peut-être plus préoccupant encore, de nouvelles prestations sont mises à la charge de la LAMal, alors même qu'elles n'ont pas démontré d'efficacité par des méthodes scientifiques. Ceci est le cas pour les cinq médecines complémentaires dont le remboursement a été autorisé pour

■
■
■ ■
■ ■
■
■
■

«... à quoi sert la recherche scientifique si elle peut être pareillement mise à l'écart? ...»

une période provisoire. Cette décision respecte certainement la volonté populaire manifestée en mai 2009. Cependant, elle ouvre une brèche majeure dans le processus qui a prévalu jusqu'alors pour la sélection des prestations à rembourser par l'assurance de base. Plus grave encore, elle dénigre le travail rigoureux de tous les scientifiques, elle discrédite les efforts de l'industrie pour la production de produits sûrs et efficaces et elle questionne la pertinence des activités des autorités de surveillance. Pourquoi établir des protocoles rigoureux et contraignants pour le développement préclinique d'un nouveau produit, pourquoi conduire de longues et coûteuses études cliniques pour évaluer la sécurité et l'efficacité d'un tel produit dans les conditions de son utilisation si l'on peut s'en sortir simplement en déclarant que l'on a une méthode qui améliore le bien-être de son patient, toute excellente qu'elle soit? Dans ce contexte, à quoi sert la recherche scientifique si elle peut être pareillement mise à l'écart? La médecine fondée sur les preuves a certainement montré ses limites mais elle reste un gage d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Il ne s'agit pas d'empêcher les patients de choisir les thérapies qui leur amènent le plus de bien-être, mais de restreindre le remboursement à celles qui ont démontré un effet positif sur la santé.

Ne serait-il pas opportun en Suisse de réviser en détail la liste des prestations remboursées en se posant la question de l'adéquation et du bénéfice réel? La France l'a entrepris récemment (*les 200 médicaments déremboursés en France*).⁴ Ne pourrait-on pas se rapprocher un tant soit peu du concept des médicaments essentiels développé par l'OMS pour les pays pauvres plutôt que d'étendre à l'envi la prise en charge de prestations controversées? Il est absolument nécessaire d'adapter régulièrement nos pratiques quotidiennes à la faveur des nouvelles évidences. Si l'on veut tendre vers une médecine de qualité à coûts supportables, les autorités doivent prendre des décisions courageuses et non pas populistes. La population doit être prête à se positionner quant au pourcentage des dépenses publiques qui devrait être alloué à la santé. En Afrique, ce travail rigoureux de sélection est fait par la force des choses, chez nous il devrait être fait sur la base d'un choix de société. ■

Bibliographie

- 1 D'Acromont V, Malila A, Swai S, et al. Withholding antimalarials in febrile children who have a negative result for a rapid diagnostic test. *Clinical Infectious Diseases* 2010;51:506-11.
- 2 D'Acromont V, Kahama-Marro J, Swai S, et al. Reduction of antimalarial prescription after rapid diagnostic tests implementation in Dar es Salaam: A before-after and cluster randomized controlled study. *Malaria Journal* 2011; in press.
- 3 Thiam S, Thior M, Faye B, et al. Major reduction in anti-malarial drug consumption in Senegal after nation-wide introduction of malaria rapid diagnostic tests. *PLoS ONE* 2011;6:doi:10.1371/journal.pone.0018419.
- 4 www.suite101.fr/content/les-200-medicaments-derembourses-en-france-a16976 (dernier accès le 12 avril 2011).