

2011RP-16

Analyse comparative des mécanismes de gestion des paniers de services

Joanne Castonguay

Rapport de projet *Project report*

Montréal

Décembre 2011

La collecte d'informations et de données a été complétée en février 2011

© 2011 *Joanne Castonguay*. Tous droits réservés. *All rights reserved*. Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©.

Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

CIRANO

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Québec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO

Partenaire majeur

Ministère du Développement économique,
de l'Innovation et de l'Exportation

Partenaires corporatifs

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Laurentienne du Canada
Banque Nationale du Canada
Banque Royale du Canada
Banque Scotia
Bell Canada
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du Québec
CSST
Fédération des caisses Desjardins du Québec
Financière Sun Life, Québec
Gaz Métro
Hydro-Québec
Industrie Canada
Investissements PSP
Ministère des Finances du Québec
Power Corporation du Canada
Rio Tinto Alcan
State Street Global Advisors
Transat A.T.
Ville de Montréal

Partenaires universitaires

École Polytechnique de Montréal
HEC Montréal
McGill University
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.

ISSN 1499-8610 (Version imprimée) / ISSN 1499-8629 (Version en ligne)

Analyse comparative des mécanismes de gestion des paniers de services¹

Joanne Castonguay²

Sommaire

La viabilité des systèmes de santé universels est une question qui préoccupe la majorité sinon tous les pays de l'OCDE. La croissance rapide de la demande de soins et la difficulté d'accroître le financement de la santé dans la même mesure poussent les gouvernements à repenser non seulement la façon dont les systèmes sont organisés, mais aussi la façon dont sont alloués les fonds.

Un des facteurs ayant un impact important sur l'augmentation des coûts de santé est l'évolution des technologies. Puisque la médecine évolue rapidement, il en est de même pour les services, médicaments et technologies assurés par notre régime public d'assurance santé. Ce dernier étant défini de manière très large, tout ce qui est 'médicalement' requis est assuré. Il en résulte un système qui, au moment de son instauration assurait un nombre relativement limité d'interventions, en assure aujourd'hui un très grand nombre, voir un nombre quasiment illimité. De plus, il est maintenant généralement connu que des interventions désuètes et dont l'inefficacité a été démontrée sont toujours pratiquées et assurées. De même, d'autres interventions qui n'ajoutent aucune valeur au patient sont ajoutées. Puisque les budgets que nous pouvons allouer à la santé sont limités, il nous est apparu intéressant d'examiner s'il existait des mécanismes de gestion des 'paniers' de services assurés par les régimes universels de santé. C'est-à-dire un moyen de limiter les services assurés sans compromettre les objectifs des régimes universels de santé.

La gestion du panier de services propose de réaliser des gains d'efficacité en rationalisant davantage les décisions de couverture et de prestation de soins. Le processus par lequel ces gains seraient réalisés suit la logique suivante :

- Les médicaments et technologies qui figurent sur la liste des prestations assurées par le régime public ont démontré leur efficacité et leur efficacité.

¹ Je remercie particulièrement Lara Pocock, étudiante stagiaire au CIRANO, pour son aide dans la documentation des mécanismes de gouvernance des pays de l'OCDE. Je remercie également Claude Montmarquette pour ses conseils judicieux dans la réalisation de ce travail de recherche.

² Vice-présidente adjointe, CIRANO, joanne.castonguay@cirano.qc.ca.

- S'il est possible de prendre des décisions rationnelles pour décider de la couverture des médicaments et des technologies de santé, il en est de même pour la prise de décision dans la couverture des services de santé.
- Certains services de santé actuellement couverts par le régime public de santé du Québec ne le seraient pas si la décision avait été appuyée par une évaluation rationnelle.
- Un régime qui respecte l'application des listes de services assurés incite à une pratique fondée sur les preuves, donc des interventions de qualité.
- Une gestion de panier de services assurés dont les décisions sont appuyées par des méthodes d'évaluation rationnelle permettrait de réaliser des gains de qualité et d'efficience. En d'autres mots, une meilleure allocation des dépenses de santé permettrait d'en obtenir plus pour notre argent.

Les chercheurs proposent d'examiner les moyens utilisés par certains pays de l'OCDE pour gérer leur panier de services assurés.

Cet examen de la littérature a pour objet d'examiner les mécanismes de gestion du panier de services instaurés dans un échantillon de pays de l'OCDE. L'exercice a permis de faire les constats suivants :

- Les pays dont le système est le plus évolué à cet égard sont ceux dont l'assurance maladie est financée majoritairement par des cotisations sociales et gérées par les représentants des entreprises et des travailleurs, soit les régimes Bismarckiens (Allemagne, France, Belgique, Pays-Bas...). Dans ces régimes, les assureurs publient une liste de services dont les assurés sont en droit d'exiger et d'obtenir un remboursement. Il s'agit souvent d'une liste de prix par services assurés plus ou moins détaillée.
- La majorité des pays de l'OCDE se sont dotés d'une structure d'évaluation des technologies de la santé pour assister la prise de décision de couverture (de prise en charge) de nouveaux médicaments, d'équipements et d'actes médicaux. Dans la majorité des pays, l'évaluation intervient également dans l'élaboration de recommandations de pratique clinique. Toutefois, cette dernière pratique, plus récente n'intervient pas dans la prise de décision en Autriche, Finlande, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Royaume-Uni, Suède, Turquie et Canada.
- Les pratiques, médicaments et technologies assurés, ne sont pas tous appuyés par des évaluations coûts efficacités. Certains pays, dont le Royaume-Uni, ont ajouté à la mission de leurs institutions chargées de décider des paniers de services, l'examen du potentiel de désinvestissements dans les pratiques historiques remplacées par des technologies plus récentes.
- Malgré l'intérêt que la médecine fondée sur les preuves (MFP) suscite, *l'American Institute of Medicine* (IOM 2009) estime que près de la moitié des soins dispensés aux États-Unis le seraient sans preuve de leur efficacité. De plus, selon ce même institut, lorsque les recommandations sur les pratiques exemplaires existent, elles ne sont pas toujours

respectées. D'autres études arrivent aux mêmes constats qu'elles aient été effectuées aux États-Unis (Rand Institute) ou encore en France.

- Les mécanismes institutionnels entourant les différents systèmes de santé ont un impact important sur l'efficacité des structures d'évaluation et de recommandation des différents pays à l'égard du contrôle de l'offre ou de l'observation de leurs recommandations.
- Les Pays-Bas, suivi de près par le Royaume-Uni, arrivent au premier rang des pays de notre échantillon en ce qui concerne l'application des mécanismes institutionnels visant à mieux contrôler l'augmentation des coûts de santé. L'Allemagne, la France et le Danemark occupent les rangs suivants.
- Le régime actuel d'assurance du Québec présente peu de caractéristiques institutionnelles qui faciliteraient l'adhésion aux recommandations des structures d'évaluation. L'implantation prochaine de l'INESSS³ est un petit pas dans la bonne direction. Toutefois, puisque le ministre ne sera pas tenu de prendre une décision suite aux recommandations de l'INESSS ou de les justifier, les gains d'efficacité et d'efficience seront limités au potentiel réalisable par les médicaments qui sont inscrits sur la liste du Québec. Par ailleurs, les mécanismes de rémunération des médecins et de financement des hôpitaux n'incitent pas à l'adhésion de meilleures pratiques.
- L'adhésion aux évidences dans le traitement de l'arthrose et de l'hypertension et dans la prévention de l'obésité permettrait de réaliser des gains d'efficience.

³ Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
1. LES MÉCANISMES DE GESTION DES PANIERS DE SERVICES ASSURÉS	10
1.1 La structure des régimes universels	10
1.2 La législation.....	10
1.3 Le panier de services	11
1.4 L'évaluation	12
1.5 Les mécanismes d'évaluation observés	15
1.6 La planification et la priorisation.....	16
2. CARACTÉRISTIQUES INSTITUTIONNELLES QUI INFLUENT L'APPLICATION DE LA MÉDECINE FONDÉE SUR LES PREUVES	19
2.1 La médecine fondée sur les preuves (MFP).....	19
2.2 La pratique orientée sur la valeur	21
2.3 Les incitatifs à appliquer les évidences	23
2.4 La rémunération des médecins	23
2.5 La séparation de l'organisme acheteur et de l'organisme prestataire de soins	24
2.6 Analyse comparative des mécanismes institutionnels.....	25
3. L'APPLICATION DES MEILLEURES PRATIQUES D'ETS DANS LES PROCESSUS DE DÉCISION D'ALLOCATION	28
3.1 L'amélioration de la valeur du système par l'application des résultats d'ETS	28
3.2 Le potentiel de l'INESSS dans sa forme initiale	29
4. L'IMPACT POTENTIEL SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ DU QUÉBEC DE L'OBSERVATION DE TROIS RECOMMANDATIONS DE NICE	33
4.1 Calcul des coûts évités par l'application de recommandations du NICE aux pratiques de santé au Québec	34
5. CONCLUSION	36
6. BIBLIOGRAPHIE:.....	39
ANNEXE 1 : PROCESSUS DE GESTION DU PANIER DE MÉDICAMENTS ASSURÉS AU QUÉBEC.....	41
ANNEXE 2 : LE PANIER DE SERVICES DE SANTÉ AU QUÉBEC ET AU CANADA EST VAGUEMENT DÉFINI.....	42
ANNEXE 3 : MÉTHODES D'ÉVALUATION ÉCONOMIQUE DES TECHNOLOGIES DE SANTÉ.....	43
ANNEXE 4 : ÉVALUATION DES COÛTS DE CINQ RECOMMANDATIONS DU NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE TRANSPOSÉS AU QUÉBEC	44

INTRODUCTION

Depuis les deux dernières décennies, tous les pays de l'OCDE font face à une problématique de croissance des dépenses publiques de santé qui excèdent la croissance de leur richesse. Une problématique qui n'est toujours pas résolue pour la majorité de ces pays malgré de multiples réformes dans tous les pays.

Les pressions sur la demande

Trois facteurs exercent des pressions sur la demande de soins de santé et donc sur les coûts : le vieillissement de la population, l'évolution des technologies (médicaments, pratiques et équipements) et la richesse. La proportion de personnes âgées dans la population augmente. L'évolution extrêmement rapide des technologies a eu pour effet que plusieurs maladies autrefois mortelles sont maintenant curables ou chroniques. À mesure qu'un nouveau traitement devient disponible, la population souhaite l'obtenir. Enfin, plus un pays accroît son PIB, plus la part de la richesse octroyée à la santé est grande. Ainsi, la demande de services exerce des pressions sans précédent sur les coûts de santé. Une demande difficilement contrôlable par le gouvernement si ce n'est qu'en misant sur la prévention. Enfin, il est difficile de restreindre la demande de services de santé et d'agir sur les facteurs qui l'influencent, notamment parce que l'information est imparfaite, les résultats des interventions de prévention sont incertains et ils diffèrent selon le contexte social, économique et géographique.

Le rationnement de l'offre de services

Pour mieux contrôler l'évolution des dépenses publiques de santé, plusieurs gouvernements optent pour le contrôle de l'offre de services faute de pouvoir influencer suffisamment la demande.

- Au Québec et au Canada, le rationnement de l'offre s'opère par le contrôle des budgets. En effet, les services offerts par les établissements de santé sont limités tant au niveau de la quantité que de leur nature par les budgets qui leur sont accordés. Ainsi, chaque établissement qui souhaite augmenter son offre d'un service doit rationner son offre d'un autre service ou réduire ses dépenses inutiles le cas échéant.
- De plus en plus de pays ont modifié leurs mécanismes d'allocation des budgets de santé. Le financement est accordé en fonction des besoins de services. Le financement suit le patient et correspond davantage à la nature des services dont il a besoin compte tenu de son diagnostic. Dans ce contexte, les budgets des établissements de santé ne sont pas limités par les fonds disponibles, mais par leur capacité à fournir les services dans les conditions établies dans un contrat. Ces conditions sont établies en fonction des meilleures pratiques et facilitent un meilleur contrôle de la qualité/coût des services.

- La gestion du panier de médicaments couverts par un régime d'assurance est un mécanisme de contrôle de l'offre pratiqué dans 28 pays de l'OCDE, est-il applicable aux pratiques de santé⁴? Qu'en est-il au Québec?

Définitions

Le panier de services de santé fait référence à la totalité des services, activités ou biens (dont les médicaments et les technologies) couverts par un régime d'assurance santé. Dans le contexte d'une assurance privée, pour éviter tout conflit dans l'éventualité d'une réclamation, l'assureur définit le plus précisément possible les frais admissibles à un remboursement, dans un catalogue ou liste de frais remboursés. Le catalogue de services assurés contient la liste détaillée des services, technologies et ou procédures remboursées par le régime. Le panier de services est donc communiqué ou précisé via le catalogue.

La gestion du panier de services réfère à l'exercice de déterminer les services de santé qui sont assurés par un régime d'assurance santé, qu'il soit universel ou non. La médecine fondée sur les preuves (MFP) et l'évaluation des technologies de santé (ETS) peut jouer un rôle dans l'allocation efficace des ressources en apportant des réponses aux questions simples concernant un traitement médical : Est-il efficace? Son financement est-il opportun? Les régimes d'assurance médicaments, tant privés que publics, ont recourt à ces pratiques pour éclairer la prise de décision de couvrir ou non un nouveau médicament. Il en est de même pour les technologies diagnostiques et de traitement.

Au Canada et au Québec, le panier de médicaments assurés est bien défini par la Loi canadienne sur la Santé et des processus provinciaux rigoureux de décisions

Les médicaments, en raison de leur nature, ont toujours fait l'objet d'évaluation rigoureuse. Une pharmaceutique qui souhaite mettre un médicament sur le marché doit faire la démonstration que le médicament n'est pas nocif et qu'il est efficace. Dans plusieurs juridictions, ils doivent aussi faire la démonstration que le médicament a un coût efficace par rapport aux alternatives.

Au Canada⁵, les médicaments d'ordonnance administrés dans un hôpital sont couverts par les régimes publics provinciaux d'assurance maladie. En dehors du contexte hospitalier, les gouvernements provinciaux et territoriaux administrent leur propre programme public d'assurance-médicaments. Le régime québécois est le premier régime provincial canadien d'assurance médicament universel. Depuis 1997, tous les Québécois ont accès à un régime d'assurance médicaments, soit par le régime public d'assurance médicaments ou soit par un régime privé. Le Conseil du Médicament a pour mission de gérer le processus de confection et de

⁴ Borowitz et al. OCDE 2010.

⁵ <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pharma/acces/index-fra.php>.

mise à jour de la liste des médicaments couverts par le Régime général d'assurance médicaments (RGAM) du Québec et ceux utilisés par les établissements de santé⁶.

Le panier de services de santé au Québec et au Canada est vaguement défini

Pour les services, l'expression 'qui sont médicalement nécessaires' est le critère actuel d'inclusion dans le panier de services assurés par le régime public de santé⁷. C'est un critère vague qui donne une grande marge de manœuvre aux prestataires de services de santé dans le choix des thérapies, médicaments et procédures pour traiter un patient.

Les mécanismes de gestion de médicaments assurés sont-ils applicables aux services (pratiques) médicaux? Est-ce que d'autres pays ont recours à cette pratique? Et si oui ont-ils évalué les résultats?

Cette étude est un examen de la littérature dont le but est d'examiner les mécanismes de gestion de panier de services de santé de 10 pays en plus du Québec et de l'Alberta⁸. Les régimes d'assurances analysés sont les régimes publics ou privés obligatoires de santé (régimes universels), couvrant les médicaments, les services de santé et les technologies. Le premier chapitre examine les différents processus de gestion de panier de services et recense les pratiques des différents pays. Le deuxième chapitre examine les caractéristiques institutionnelles qui influencent l'efficacité des mécanismes de gestion des paniers de services. Le troisième chapitre examine la Loi sur l'implantation de l'INESS et indique les caractéristiques institutionnelles qui influenceront son efficacité à accroître la valeur de notre système. Afin de mieux saisir l'ampleur des coûts potentiellement évités par une telle pratique, nous avons estimé quels auraient été les coûts évités si certaines pratiques pour lesquelles il existe des évidences sur leur efficacité/coût étaient observées ici au Québec.

⁶ Voir Annexe 1 pour une courte description du processus.

⁷ Voir Annexe 2.

⁸ Allemagne, Danemark, Espagne, Finlande, France, Israël, Norvège, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni. Le choix des pays était aléatoire, mais influencé par l'information disponible et la diversité des régimes d'assurance santé.

1. LES MÉCANISMES DE GESTION DES PANIERS DE SERVICES ASSURÉS

Les mécanismes de gestion des paniers de services de santé incluent tous les mécanismes de gouvernance mis en œuvre dans le but de décider quels services (médicaments, technologies et pratiques médicales) de santé devraient faire partie des services assurés par le régime public de santé compte tenu des valeurs et/ou des moyens dont il dispose.

Tous les pays examinés ont mandaté une ou plusieurs organisations, agences ou instituts de recherche, pour la gestion du processus d'évaluation des médicaments, des technologies de la santé et pratiques.

1.1 La structure des régimes universels

La structure du régime universel influence le développement des mécanismes de gestion du panier de services

La définition d'un panier de services sert des objectifs distincts selon qu'il s'agit d'un système national de santé à assureur unique comme au Canada ou d'un système à assureurs multiples tels qu'en France ou en Allemagne. Dans le premier cas, il encadre les acheteurs de services. Dans le deuxième, il réfère à ce que les assurés sont en droit d'exiger⁹.

Dans notre échantillon, le Québec fait exception à cette catégorisation puisqu'il a un système national à assureur unique. Dans ce contexte, le système est financé par un assureur unique et l'organisation des services de santé est assurée par le même organisme (l'État).

1.2 La législation

À l'instar du système canadien, presque tous les pays examinés ont deux niveaux d'intervention qui contribuent à la détermination du panier de services de santé assurés. Le niveau le plus élevé est généralement une loi, parfois intégrée au sein même de la constitution du pays, qui énumère les grandes catégories de services qui sont incluses dans le régime public. Ainsi, au niveau national, la législation définit le cadre général du système de santé universel en énumérant les catégories de soins assurés. Par exemple : les soins dentaires, les soins hospitaliers, les visites médicales, les soins de longue durée, etc. Le niveau régional a la responsabilité de définir les frontières du panier de services. Ils le font par décret, législation ou par directives gouvernementales. Les catalogues, plus ou moins explicites, incluent les services assurés ou les services exclus du régime. Pour certaines clientèles spécifiques, les descriptions de services assurés sont plus détaillées.

Au Canada, « la loi canadienne sur la santé a pour objet de veiller à ce que tous les résidents du Canada aient, selon des conditions raisonnables, accès aux services assurés **qui sont**

⁹ Schreyögg, J., Stargardt, T., Velasco-Garrido, M., Busse, R. (2005).

médicalement nécessaires sans avoir à déboursier directement pour ces services au point de service »^{10 11}.

L'autre niveau au Canada, le niveau provincial, est plus ou moins spécifique dans la description des services assurés. Certains régimes spécifient explicitement des procédures assurées par le régime public, en particulier les régimes d'assurance sociale comme en Allemagne ou en France. Presque tous spécifient explicitement certaines catégories de services non assurés, par exemple : les chirurgies esthétiques ou encore les services de procréation assistée.

1.3 Le panier de services

La publication de listes de services assurés

On observe dans tous les pays examinés un processus de gestion d'un panier de médicaments et de technologies (instruments) assurés (mécanisme d'évaluation et de décision). Le tableau 2 indique les types de liste qu'ont adoptés les pays étudiés. On y retient les observations suivantes :

- Tous les pays (10) dont les mécanismes ont été observés ont une liste explicite de médicaments assurés.
- Il en est de même pour les technologies assurées à l'exception de la Finlande et la Suède, la Norvège et les provinces canadiennes. Ces dernières ont toutefois des structures d'évaluations qui font des recommandations, mais il n'y a pas de liste explicite de technologies assurées.
- Six pays étudiés publient explicitement une liste de pratiques assurées : L'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, la France, Israël et les Pays-Bas. Parmi ces derniers, seule l'Espagne a un assureur unique.
- Dans quatre pays, les pratiques assurées ne sont pas indiquées : Canada, Finlande, Norvège et Suède.

En plus, nos recherches ont révélé que les pays ont des listes de services assurés explicites ou implicites :

- Les listes sont implicites lorsqu'il y a un processus d'évaluation bien établi, mais que l'application ou non des recommandations demeure la prérogative des prestataires.
- Les listes explicites le sont plus ou moins. Dans certains cas, il s'agit de la liste des frais remboursés par procédure selon des catégories plus ou moins détaillées. Dans d'autres comme en Israël ou en France, les listes sont très détaillées. Cette hétérogénéité s'étend non seulement entre les pays, mais aussi entre les régions d'un même pays.

¹⁰ <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/cha-lcs/index-fra.php>

¹¹ Voir annexe 1 pour une description

- Les listes explicites sont soit positives ou négatives. Une liste positive indique tous les services remboursés. La liste négative indique les pratiques, technologies ou médicaments non assurés.
- La liste des pratiques de l'Allemagne est négative. Tous les services ne figurant pas sur cette liste sont assurés. Cette pratique rend son application plus facile à suivre.
- La publication d'une liste négative semble n'avoir aucun impact sur les coûts des régimes comparativement à une liste positive. L'« Institute for research and information in Health Economics » a analysé l'impact du type de liste, négative ou positive, sur les coûts de remboursement et la consommation de médicaments. Ils n'ont trouvé aucun lien de causalité entre le type de liste et les coûts ou la consommation des médicaments¹².

Enfin, l'inclusion d'un service dans certains pays ne suit pas toujours un processus systématique. Il s'agit dans certains cas de décision visant à répondre à des enjeux de société. La décision d'inclure la procréation assistée dans le régime public au Québec représente un bon exemple de cette pratique (même si au Québec il n'y a pas de liste en tant que telle).

Tableau 1 : Certaines caractéristiques des systèmes étudiés

	Type de système de santé	Régime d'assurance	Médicament	Technologie	Liste de pratique	Paiement Médecins	Paiement Hôpitaux	Comité	Décision
Allemagne	Assur. sociale	AM	E	E	E	TC	DRG		
Danemark	National	AU	E	E	E	TC	DRG	oui	
Espagne	National	AU	E	E	E	C, S	B	oui	E
Finlande	National	AU	E			C, S, TC	DRG		
France	Assur. sociale	AM	E	E	E	TC	DRG	oui	E
Israël	National	AM	E	E	E	C, S, TC	n.d.	oui	E
Norvège	National	AU	E	I		C, TC	B, DRG		
Pays-Bas	Ass obli.	AM	E	E	E	C, TC	B, DRG	oui	E
Royaume Uni	National	AM	E	E	I	C, S, TC	B, DRG	oui	
Suède	National	AU	E			S	B, DRG		
Québec	National	AU	E	I		TA	B		
Alberta	National	AU	E	I		TA	B	oui	

AM : Assureurs multiples, AU : Assureur unique, I : Implicite et E : Explicite

TA : Tarif à l'acte; C : Capitation; S : Salaire; TC : Tarif par Cas; FG : Fonds Général du gouvernement; SS : Système Assurance Sociale; B : Financement par budget, DRG : Financement par cas (DRG)

Sources : OCDE, 2010, WEB, publications du European Observatory, www.OCDE.org

1.4 L'évaluation

La médecine fondée sur les preuves (MFP) et l'évaluation des technologies de santé (ETS) peut jouer un rôle efficace dans l'allocation des ressources en apportant des réponses aux questions simples concernant un traitement médical : Est-il efficace? Son financement est-il opportun?

¹² Kim L.N. et al. (2005)

Les essais contrôlés randomisés et la médecine fondée sur les preuves

C'est au lendemain de la Seconde Guerre mondiale que les essais contrôlés randomisés (ECR) ont été appliqués à la médecine pour la première fois¹³. Les ECR servent à démontrer et évaluer l'efficacité d'une intervention. Ils se sont généralisés dans le cadre du processus de régulation de la pharmacie à partir des années 60. Ce n'est toutefois qu'à partir des années 90, que la médecine fondée sur les preuves a pris son essor grâce à l'accroissement de la disponibilité et de la qualité de résultats d'études expérimentales sur des médicaments et technologies médicales dans une variété d'environnement.

La MFP se réfère au processus systématique de recherche, d'évaluation, et d'utilisation des résultats contemporains de la recherche pour prendre des décisions cliniques. La MFP pose des questions, trouve et évalue les données appropriées, et utilise ces informations pour la pratique clinique quotidienne. Le terme « Médecine fondée sur les preuves » a été inventé à la Faculté de médecine McMaster au Canada dans les années 80 pour nommer cette stratégie d'étude clinique que les gens de cette école avaient développée depuis plus d'une dizaine d'années¹⁴.

La tendance à encourager la MFP a fortement gagné en popularité avec la réalisation de l'importance des erreurs médicales

L'*Institute of Medicine* (IOM) a publié en 1999 et en 2001 deux rapports faisant état de résultats consternants concernant la qualité des services médicaux aux États-Unis. Dans le premier rapport, ils estiment qu'entre 44 000 et 98 000 personnes meurent chaque année dans les hôpitaux à la suite d'erreurs médicales qui auraient pu être évitées¹⁵. Le deuxième fait le constat qu'aux États-Unis, la mortalité, due aux erreurs médicales, était plus importante que celle due aux accidents de voiture, du cancer du sein ou du Sida¹⁶.

Au Québec, le rapport Francoeur « Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé – La gestion des risques, une priorité pour le réseau » publié en 2001 propose qu'il n'y ait aucune raison de penser que les résultats soient différents au Québec que dans les pays qui ont procédé à des études approfondies. Il ajoute que le phénomène des accidents évitables est occulté par un voile de malaise et de gêne. Aujourd'hui, les établissements sont tenus de rapporter les événements évitables.

Devant ce constat, l'IOM propose que les médecins pratiquent la médecine fondée sur les preuves (MFP) dans le but de produire les soins de la meilleure qualité possible et de réduire les variations illogiques dans les soins. En d'autres mots, l'IOM propose aux médecins « d'utiliser

¹³ Un essai contrôlé randomisé (ECR) est une étude expérimentale dans laquelle les chercheurs répartissent de manière aléatoire les sujets admissibles en groupes qui feront ou non l'objet d'une ou de plusieurs interventions et qui seront comparés. Les résultats sont analysés en comparant les résultats obtenus dans les groupes.

¹⁴ http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/index-fra.php

¹⁵ *Institute of Medicine. To err is human : building a safer health system. Washington, D.C. : National Academy Press, 2000, 287 p.*

¹⁶ "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century," *National academy press* 2001

rigoureusement et judicieusement les meilleures données disponibles lors de prise de décisions concernant les soins à prodiguer à des patients individuels »^{17 18}.

Plusieurs initiatives intéressantes favorisant la collaboration pour la production des évidences et la publication de protocoles facilitant leur application en milieu clinique ont été développées. Outre les bases de données publiées par les entités publiques de plusieurs pays dont le *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) en Grande-Bretagne et l'*Institute of Medicine* (IOM) aux États-Unis, il existe des collaborations internationales telles que la 'Collaboration Cochrane' dont la mission est de faciliter le partage des informations¹⁹. Cochrane regroupe des institutions d'évaluation d'au moins 16 pays dont plusieurs pays de notre échantillon comme le Canada, la France, le Royaume-Uni, les Pays-Bas et la Finlande²⁰. Ainsi, tous les acteurs, gestionnaires de système, prestataires ou patient, sont en mesure d'appuyer leurs décisions en se basant sur des preuves.

L'évaluation économique des technologies de santé analyse la pertinence de couvrir une intervention de santé

L'évaluation des technologies de santé (ETS) examine la perspective économique de la décision. Elle permet de considérer non seulement le critère d'efficacité dans la décision mais aussi celui de coût²¹.

Jusqu'à tout récemment, les organismes d'évaluation, tels que l'AETMIS et le Conseil du Médicament au Québec, ont exclu ou limité les considérations pour le critère de coût de leurs décisions notamment à cause de l'absence de normes et de la rareté des études coûts/efficacité de qualité²².

Aux prises avec un accroissement des coûts plus élevé que celui de leur capacité de payer, plusieurs pays considèrent qu'il est de plus en plus difficile de prendre des décisions d'investissement seulement sur la base de l'efficacité du traitement. Ils intègrent davantage les analyses coûts efficacité (ACE) dans leurs processus décisionnels de couverture.

¹⁷ Sackett et al.(1996), EBM: What is and what is not, *British Medical Journal*, 312, P. 71-72 et Davidoff F, Haynes RB, Sackett DL, Smith R. Evidence-based medicine. *British Medical Journal* 1995;310:1085-6.

¹⁸ Le terme anglais Evidence-Based Medicine (EBM) est plus couramment utilisé. Ces preuves proviennent d'études cliniques systématiques, telles que des essais contrôlés randomisés en double aveugle, des méta-analyses, éventuellement des études transversales ou de suivi bien construites. Ces techniques d'évaluation ont d'abord été développées dans le but d'évaluer la qualité scientifique de la littérature médicale. L'« EBM est maintenant utilisée par des gestionnaires, des cliniciens, et ce, pour des objectifs aussi divers que le renouvellement de la pédagogie médicale, l'aide au jugement clinique ou encore comme justification de programmes de rationalisation des ressources financières et matérielles dans l'organisation des soins ». Guy Jobin - Inserm (2002).

¹⁹ La Collaboration Cochrane est un réseau international de volontaires qui aident les prestataires, les politiques publiques les patients et leurs porte-paroles à prendre des décisions informées concernant la santé humaine en préparant, mettant à jour et faisant la promotion de la disponibilité des revues Cochrane – plus de 4 000 revues sont publiées à ce jour et sont disponibles en ligne sur The Cochrane Library.

²⁰ <http://www.cochrane.org/about-us>

²¹ Voir l'annexe 3 pour une discussion sur les différentes méthodes d'évaluation économique en santé.

²² Les décisions sont prises sur la base du critère de l'efficacité, d'éthique, d'impact sur la pratique et autres.

La multiplication des évidences sur les pratiques médicales a constitué une des pièces maîtresses à l'introduction d'un processus de gestion de panier de services à l'image de celui de la liste des médicaments pour plusieurs pays.

1.5 Les mécanismes d'évaluation observés

Nous avons observé que tous les pays analysés se sont dotés d'un mécanisme d'évaluation pour appuyer la prise de décision au niveau de la couverture de médicaments, des technologies et des pratiques de santé. Le tableau 3 présente certaines caractéristiques de ces mécanismes, en particulier les critères considérés dans la prise de décision, le recours à des évaluateurs académiques ou institutionnels, et l'existence d'un comité de priorisation. L'analyse nous a permis de faire les constats suivants :

- L'information sur les différents pays n'est pas assez spécifique et systématique pour faire un constat précis sur la nature des évaluations de technologies effectuées et sur la contribution de ces mécanismes dans les décisions de couverture.
- Dans plusieurs cas, même s'il est spécifié dans les documents officiels (mission, mandats et politiques publiques) que les décisions sont prises en se basant sur des critères économiques, l'examen des rapports d'évaluation révèle que la majorité ne mentionne que le prix direct du marché. Ce constat est valide à la fois pour ce qui est des évaluations de pratiques, des technologies et des médicaments.
- La littérature indique toutefois que de plus en plus de pays se dotent de structure d'évaluation des technologies de santé (médicaments, pratiques, technologies) et que les ETS seront considérées dans les décisions de couverture, de détermination de prix et pour le développement de protocoles de pratique.
- La majorité des pays, bien que dotés d'une structure de gestion des projets d'évaluation, confie des mandats à des équipes spécialisées. La Suède et Israël font exception et disposent d'une équipe interne pour réaliser les évaluations.
- Enfin, les comités de priorisation sont une pratique courante. Au Québec, il n'y en a pas encore d'établi, mais la Loi sur l'INESSS stipule qu'une table de concertation sera constituée, dont un des mandats sera de déterminer les sujets prioritaires.

Tableau 2 : Caractéristiques des mécanismes d'évaluation des pays examinés

	Structure d'évaluation	Comité de priorisation	Critères analysés			
			Efficacité clinique	Coûts/bénéfices	Impact sur le budget	Autres
Allemagne	D	oui	√	√		
Danemark	D	oui	√	√	√	√
Espagne	D	oui	√			
Finlande	D					
France (Haute autorité de santé)	D	oui	√	√	√	
Israël	C	oui	√	√	√	
Norvège (SBU)	D		√	√	√	
Pays-Bas	D	oui	√	√	√	
Royaume-Uni (NICE)	D	oui	√	√	√	
Suède	C					
Québec (INESSS)	D	non	√			
Alberta	D	oui	√			

Légende : C ou D indique selon que l'organisation fait les analyses à l'interne (centralisée) ou qu'elle donne des contrats à des équipes de recherche académiques.

Sources : OCDE, 2010, WEB, publications du European Observatory, www.Ocde.org et Paris et al. OCDE 2010.

1.6 La planification et la priorisation

La détermination des priorités est de deux ordres : la priorisation des évaluations et la priorisation des décisions de couvrir les services et/ou technologies.

La priorisation des évaluations

L'évolution rapide des technologies ayant démontré des évidences rend disponibles des interventions de diagnostic, de traitement et de prévention qui promettent d'améliorer la santé et qualité de vie des individus. La quantité des nouvelles possibilités rend difficile voir impossible de les évaluer toutes, faute de temps et d'argent. Il faut donc des mécanismes afin de faire des choix. Selon les pays, le processus de priorisation est plus ou moins transparent et en conséquence réussi plus ou moins à éviter les pressions des principaux détenteurs d'enjeux (investisseurs privés, prestataires, patients). Toutefois, la majorité publie les critères préétablis selon lesquels il priorise les évaluations et décisions, par exemple :

- La technologie doit avoir démontré un impact sur les résultats de santé, soit diminuer la morbidité ou la mortalité;
- L'envergure du problème ou l'impact de la maladie sur la société (le nombre de personnes affectées et l'impact sur leur fonctionnement et contribution à la société);
- La gravité de la maladie et l'existence d'alternatives de traitement;
- Les considérations morales, sociales ou éthiques;

- Les enjeux professionnels ou l'impact sur la pratique clinique (besoins de formation, conditions de pratiques, financement...);
- La disponibilité des outils méthodologiques pour évaluer la technologie (par exemple, les outils diagnostiques issus de la génomique posent un défi important au niveau de l'évaluation puisque les processus d'introduction dans les milieux cliniques et les enjeux sociaux-politiques qu'ils suscitent sont encore incompris).

La priorisation au niveau de l'introduction dans le panier de services ou de l'inscription au catalogue de services assurés

Cette étape est plus ou moins formalisée selon les pays. En effet, chaque évaluation fait l'objet d'un rapport et de recommandations quant à l'inclusion d'un service ou non dans le régime public de la technologie/pratique/procédure. Les recommandations positives s'appliquent généralement à une portion de la population (cas particuliers – âge – comorbidité...). Certains pays ont un comité décisionnel chargé de faire des recommandations au ministre de la santé, ou son équivalent, qui a la responsabilité de prendre la décision finale d'assurer ou non la technologie en question.

Dans un contexte de nouvelle technologie où l'évaluation montre des résultats non concluants. La recommandation est de ne pas assurer la pratique et il n'y a pas d'ajout sur la liste, à moins qu'elle soit négative comme en Allemagne. Toutefois, si la technologie évaluée est une pratique courante alors le comité devra faire une recommandation et le ministre devra décider des actions à prendre, désinvestir²³ ou non.

En théorie, la priorisation des services à assurer tient compte du fait que les budgets sont limités et qu'il faut faire des choix. La priorisation assisterait le décideur dans cette nécessité de faire des choix compte tenu des budgets limités. En pratique, on observe peu d'exclusion de services qui ont été démontrés inefficaces et on observe des délais dans les décisions d'assurer les nouveaux services, technologies ou médicaments qui ont été démontrés efficaces.

Les désinvestissements

Les désinvestissements sont une pratique peu répandue, mais qui ne manque pas d'intérêts. En d'autres mots, il s'agirait d'identifier les procédures courantes qui ne sont plus appropriées, plus efficaces ou qui n'ajoutent pas de valeur, et de les désassurer. Ce mécanisme permettrait de cesser de dépenser pour des procédures qui n'améliorent pas la santé des patients. Selon une étude financée par le Trésor Australien, l'Angleterre est le seul pays à avoir adopté une stratégie de désinvestissements dans les pratiques obsolètes. Le Danemark et l'Espagne ont entrepris des projets pilotes pour la systématisation de l'évaluation des pratiques courantes dont l'efficacité est questionnée²⁴.

²³ Lorsqu'il y a une décision de ne plus assurer une pratique déjà pratiquée, on dit que le système désinvestit dans cette pratique.

²⁴ Gallego et al. CHERE, 2010.

L'effort de désinvestissement est lié à celui d'offrir plus de valeur pour les dollars investis en santé. Un effort particulièrement intéressant dans un contexte de ralentissement de la croissance des dépenses en santé. Il s'agit de cesser d'allouer des fonds à ce qui n'améliore pas la santé des patients et de les réallouer à d'autres procédures. Toutefois, même si cette logique apparaît incontestable, il en est autrement de son application à cause des nombreux enjeux qu'elle soulève. Par exemple, lorsqu'il n'y a pas d'alternative de traitement ou encore lorsque l'évaluation de l'efficacité/coût présente des défis techniques comme dans le cas de la prévention des maladies.

2. CARACTÉRISTIQUES INSTITUTIONNELLES QUI INFLUENCENT L'APPLICATION DE LA MÉDECINE FONDÉE SUR LES PREUVES

2.1 La médecine fondée sur les preuves (MFP)

La pratique basée sur les évidences a pour objet d'améliorer la qualité de la pratique médicale pour le patient. Pour plusieurs, la réduction des coûts passe par l'amélioration de la qualité. La MFP s'est développée en réaction au constat répandu que les résultats des services de santé variaient beaucoup d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre, d'un établissement à l'autre et même d'un médecin à l'autre. Une situation difficilement justifiable face au patient qui s'attend à obtenir les meilleurs résultats des services santé qu'il reçoit et face au payeur qui souhaite obtenir les meilleurs résultats de santé pour le meilleur prix possible.

Le développement des évidences en santé et surtout des protocoles de soins (l'application clinique des évidences) a pour objet de soutenir les praticiens/établissements dans le processus de choix d'intervention pour un patient. On dit d'un praticien ou d'un établissement qu'il pratique selon les évidences, ou selon les données probantes lorsqu'il tient compte des évidences les plus récentes pour prescrire des tests, un plan de traitement ou une médication à un patient. Une telle pratique réduit les variations non seulement dans les pratiques, mais aussi dans les résultats de santé d'un environnement à l'autre et dans les coûts. Ainsi, il est plus facile d'améliorer la qualité des services en plus de mieux contrôler les coûts (dépenses) de santé.

Toutefois, bien que les évidences des pratiques cliniques et les protocoles cliniques qui en découlent soient devenus très répandus dans les systèmes de santé, ils tardent à être utilisés dans la prestation de services. En effet, malgré l'intérêt que la MFP suscite, l'*American Institute of Medicine* (IOM 2009) estime que près de la moitié des soins dispensés aux États-Unis le serait sans preuve de leur efficacité. De plus, selon ce même institut, lorsque les recommandations sur les pratiques exemplaires existent, elles ne sont pas toujours conformes. D'autres études arrivent aux mêmes constats qu'elles aient été effectuées aux États-Unis (Rand Institute) ou en France. Rien ne permet de supposer que la situation est différente au Québec et au Canada.

Les objections à la MFP

La pratique de la MFP soulève dans la communauté scientifique un certain nombre d'objections. On reproche essentiellement à la MFP de ne plus envisager la maladie du point de vue de l'individu, mais de celui de la population. Ce modèle de référence est contraire à la culture fondamentale du médecin. La MFP est un départ par rapport à la pratique médicale en tant que profession libérale. Les paragraphes suivants résument les objections le plus souvent observées sur la MFP²⁵²⁶ :

²⁵ Canguilhem G., *Thérapeutique, expérimentation, responsabilité*, 2002, p. 389.

²⁶ Savard G., *Enjeux et limites de la médecine factuelle (Evidence-based medicine)*, 2003, Faculté de médecine de Necker, Université Paris V.

- Un certain nombre d'actes cliniques n'ont pas fait l'objet d'évaluations scientifiques (ECR) et la qualité d'autres est remise en question.
- La MFP ne tient pas compte des cas complexes, le plus souvent liés à plusieurs pathologies, où se mêlent des dimensions sociales, culturelles, familiales, sanitaires. Le généraliste doit alors traiter son patient en mode individualisé puisqu'il ne correspond pas à un cas clinique classique.
- Les connaissances évoluent rapidement ainsi les informations valides et exactes d'aujourd'hui seront plus ou moins utilisables demain.
- Pour certains la MFP freine l'innovation et la découverte.
- La MFP pourrait perturber le jugement clinique, dans la mesure où la recherche de données probantes remplace la capacité de jugement du médecin et produit comme résultat des protocoles d'action clinique qui enlèvent potentiellement toute initiative aux médecins et au personnel soignant.
- Le praticien a une charge considérable dans la médecine fondée sur le niveau de preuve. C'est à lui d'intégrer les preuves à son expertise et de prendre en compte les choix du patient.
- Les recommandations sont perçues comme des limites à l'autonomie et la liberté des praticiens. Les preuves utiles et adaptées manquent souvent. Plus encore, la décision la plus fondée peut s'avérer ne pas être éthiquement acceptable ou contraire à l'intérêt du patient.

Ces objections ne sont pas incontournables et sont symptomatiques de transformations profondes dues à l'évolution des connaissances et des technologies. D'autres répondent à cette évolution avec plus d'ouverture :

« Les données probantes à des fins cliniques constituent un des outils à privilégier dans la pratique clinique. La dissémination de l'information scientifique doit toujours être accompagnée par des réserves dues au statut provisoire de toute connaissance produite par la science »²⁷.

Dr. Stuart Barton, médecin général et ancien éditeur du British Medical Journal, dans une publication sur les évidences Cliniques a proposé un modèle en cinq étapes pour intégrer les évidences aux décisions cliniques²⁸ :

1. Reconnaître que l'écart entre ses connaissances et les connaissances requises pour répondre à une question clinique pertinente exige de consulter une autre source;
2. Formuler une question précise à être posée à la source consultée;
3. Chercher l'information pertinente, incluant des sources secondaires (imprimées ou électroniques);
4. Formuler une réponse claire et précise à la question;
5. La réponse doit être appliquée à la décision clinique.

²⁷ Cranney et al., 2001, traduction libre.

²⁸ Idem.

Cette approche peut poser un problème pour le médecin à cause du temps requis pour l'appliquer. En plus, la disponibilité de l'information dans le bon format peut également poser un problème. En effet, même l'information synoptique ne fournit pas nécessairement les réponses dans un format directement applicable à une décision clinique. Les protocoles cliniques (guidelines) sont offerts pour faciliter l'intégration des preuves à la décision clinique.

Enfin, la quantité de rapports d'évaluation de protocoles cliniques, de recommandations et de systèmes voués à la collaboration dans la diffusion de ces connaissances pour appuyer les décisions cliniques disponibles en 2010 réduit considérablement la problématique liée à la non-disponibilité des informations pertinentes²⁹.

2.2 La pratique orientée sur la valeur

La pratique basée sur les évidences a pour objet d'améliorer la valeur de la pratique médicale pour le patient, c'est-à-dire accroître les résultats de santé et réduire les coûts. En fait, le patient, le prestataire de soins et le payeur (assureur ou payeur de taxes), ont tous intérêt à ce que notre système améliore sa valeur. Cet objectif est partagé par le cadre de référence proposé par Michael Porter et Elizabeth O. Teisberg dans 'Redefining health care'³⁰. Dans cet ouvrage, les auteurs proposent d'envisager le système de santé comme un « système » lorsqu'on y applique des réformes. La valeur au patient est au cœur de ce cadre proposé, « fondé sur la valeur ».

Principes d'un système orienté sur la valeur

Dans le but d'apporter un éclairage additionnel sur la capacité des recommandations issues des structures d'évaluation à améliorer les résultats de santé, nous avons examiné les mécanismes institutionnels des pays de notre échantillon en les comparant aux principes proposés par Michael Porter et Elizabeth O. Teisberg. Selon eux, un système de santé orienté sur la valeur respecte les principes suivants :

- **L'objectif fondamental est la valeur au patient.** Même si d'autres objectifs semblent souhaitables, comme améliorer l'équité ou l'accès, ce n'est pas assez. Améliorer l'accès sans accroître la valeur au patient résulte en des soins de moindre qualité et des coûts qui augmentent.
- Il est impossible d'avoir un système de santé orienté sur la valeur si **l'accès** n'est pas **universel**. Il n'y a pas de prévention sans universalité. Un système orienté sur la valeur favorise des efforts appropriés de prévention et d'intervention précoce dans la maladie et ainsi réduit les complications, les erreurs possibles et la récurrence de la maladie.

²⁹ Le Cambridge Journal Online, *International Journal on Technology assessment in healthcare*, volume 26 issue 2, rapportait que le programme de ETS du NHS avait depuis 1993 commandité 850 ETS, évalué et priorisé au moins 15 000 suggestions. Il en résulte la publication de plus de 500 monographies d'ETS, plus de 125 additionnelles sont à l'étape de l'édition. En plus, 120 de ces monographies avaient pour objet de faire avancer les méthodes d'ETS.

³⁰ Porter and Teisberg, 2006.

- **La valeur au patient étant l'objectif, le système se préoccupe peu de la nature privée ou publique du fournisseur.** L'impartition devrait avoir pour objectif d'améliorer la valeur au patient et non d'impartir. Ce devrait être un outil de gestion qui facilite la comparaison des mesures de valeur et inciter le système à s'améliorer.
- **La seule vraie façon de réduire les coûts est d'améliorer la qualité** (les résultats de santé). Ceci prend tout son sens en commençant par la prévention, primaire et secondaire. De meilleures habitudes de vie réduisent l'incidence et les complications de la maladie. Une meilleure condition de santé améliore les résultats des interventions et contribue donc à réduire les coûts.
- **Les soins devraient être organisés autour de conditions cliniques durant tout le cycle de soins.** Un système de qualité est **un système réellement intégré**. Ce qui implique une unité multidisciplinaire qui inclut des spécialistes liés à toutes les étapes des conditions cliniques qui apparaissent souvent en même temps. Par exemple, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies de l'œil, problème de podiatrie...
- **L'unité de soins devrait avoir un seul bureau administratif et de rendez-vous.** Aujourd'hui, un cas complexe de comorbidité requiert que chaque spécialiste associé à ce patient coordonne individuellement ses interventions avec celles des autres cliniciens. Un exercice peu efficace.
- **Un patient impliqué :** l'organisation des soins contribue à l'engagement du patient dans son plan de traitement.
- **La valeur doit être mesurée par des indicateurs universels et les résultats publiés** en commençant par les résultats de santé et **tous les coûts liés** à l'atteinte des résultats. La transparence est essentielle pour que la concurrence entre les acteurs opère et incite à l'innovation et à l'amélioration. Toutefois afin d'assurer que les prestataires choisissent les cas en fonction de leur gravité pour ne pas affecter les résultats, les indicateurs doivent être ajustés pour tenir compte de la gravité des cas. Malgré ce constat reconnu, la publication des résultats est peu répandue dans la majorité des pays.
- **Le financement et la rémunération doivent être liés à l'objectif de la valeur et ainsi récompenser l'innovation.** Le financement des hôpitaux est essentiellement orienté de la façon dont les soins sont organisés. En pratique, le financement s'effectue de deux manières. La première, selon un budget global historique qui ne tient pas compte des besoins des patients. Ce qui crée un incitatif important à rationner les services et n'encourage pas une pratique orientée sur la valeur. La deuxième, par épisode de soins ou par service, encourage à multiplier les actes sans regard à la création de valeurs. Les remboursements devraient encourager la provision de services intégrés et couvrir tout le cycle de soins lié à la condition du patient « bundle payment ». Pour les conditions chroniques, il devrait s'agir d'un paiement de capitation lié à tous les services requis par la condition du patient.
- La concurrence devrait inciter à attirer plus de patients en améliorant leur valeur tout en encourageant la restructuration de soins. La concurrence positive aligne le succès de tous les

acteurs du système avec la valeur au patient. Dans ce contexte tous les acteurs se font concurrence pour attirer le client par la qualité de son offre de services. Ces principes s'appliquent sans regard au fait que l'établissement soit public ou privé. La concurrence axée sur la valeur implique que le financement soit en «bundle» et que les résultats publiés, les revenus des prestataires de services, et de tous les acteurs soient orientés sur la valeur au patient.

- **La restructuration des soins est facilitée par le partage de dossiers électroniques**, une condition préalable aux soins intégrés et à la production de mesures appropriées des résultats.
- Les assureurs devraient contribuer à l'amélioration de la valeur aux patients plutôt que d'agir en payeur passif.

Source : Porter, M. and Teisberg, 2006 *The Finish Health Care System: A value based perspective*, Teperi, J., Porter, M.E., Vuorenkoski, L., Baron J.H, *Sitra reports 82. Helsinki 2009. Traduction libre.*

2.3 Les incitatifs à appliquer les évidences

Dans la majorité des pays, la structure d'évaluation des technologies n'a pas le mandat de décider de la couverture des soins par le système de santé. Elle aide à la prise de décision en matière de couverture, mais ne propose pas d'orientation clinique à l'intention des professionnels. Seuls quelques pays lient ces deux fonctions. Lorsque c'est le cas, les décisions de pratiques cliniques sont liées à la rémunération et sont plus ou moins contraignantes.

Le Royaume-Uni présente un bon exemple à cet égard. Le « National Institute of Clinical Excellence » (NICE) fait des recommandations cliniques généralement restreintes à une clientèle spécifique et définit le droit d'accès aux traitements. Bien qu'en principe ces recommandations se veuillent contraignantes, il n'y a pas d'organisme de surveillance. Le système s'en remet au jugement des professionnels et aux incitatifs économiques des Primary Care Trust.

En Suède et en France, le *Swedish Council on Technology Assessment in Health Care* (SBU) et la Haute autorité de Santé (HAS), formulent des recommandations qui ne sont pas contraignantes pour les professionnels de la santé. Récemment toutefois, une part des médecins français sont rémunérés « selon le résultat », un mécanisme qui les incite à respecter les meilleures pratiques³¹.

2.4 La rémunération des médecins

À chaque mécanisme de rémunération sont liés des comportements implicites. La rémunération des médecins à l'acte encourage un excès d'offre sans lien avec l'efficacité. La rémunération par services et liée au diagnostic est une évolution par rapport à la rémunération à l'acte, mais elle est sans lien aux résultats. D'autres mécanismes visent à améliorer la qualité, comme la capitation ou le salaire, ont un effet sur la productivité³². Plusieurs pays ont recours à une variété de modes de

³¹ Borowitz et al. (2010).

³² Shaerer (2010).

rémunération, selon la pratique, les besoins, la localisation ou pour contrebalancer les effets négatifs des différentes méthodes. La méthode de rémunération des médecins appropriée dans un contexte d'amélioration de la valeur est une préoccupation de la quasi-totalité des pays de l'OCDE³³.

Facteurs qui influencent le médecin dans ses décisions

Bien que nous ne souhaitons pas que les médecins soient influencés par des motifs financiers lorsqu'ils nous donnent leur avis, il est évident qu'ils sont humains et que leur comportement à cet égard n'est pas idéal. Les évidences internationales sont nombreuses à l'effet que le paiement à l'acte induise une demande plus élevée que lorsque le paiement par cas ou patient est utilisé³⁴.

Lorsque l'avis du médecin est influencé par des incitatifs économiques, les médecins ne recommandent pas toujours le traitement le plus approprié. Ce pourrait être que l'incertitude fournit une excuse pour 'être prudent' et augmenter les interventions lorsque l'incitation récompense un niveau élevé d'activité. Par exemple, les médecins peuvent exiger des tests diagnostics dont la probabilité d'être positifs est faible ou effectuer des interventions même lorsque le risque de complication est faible. L'inverse peut également être vrai et il est difficile de distinguer les bonnes décisions. Il est clair toutefois que les incitatifs économiques, le comportement face au risque, les préférences du patient jouent un rôle dans la détermination de la demande et de l'offre de services. Le critère coût/efficacité n'est qu'un critère de décision disponible parmi les autres.

2.5 La séparation de l'organisme acheteur et de l'organisme prestataire de soins

La dissociation entre acheteurs et prestataires permet de mieux cerner les responsabilités et les modalités de gouvernance des systèmes de santé. Les systèmes de santé basés sur l'assurance sociale se prêtent à de multiples formes d'achat et de contractualisation. Dans ce cas, l'assureur est en position de représenter le patient et d'en réclamer plus pour son argent. Ils sont en mesure de vérifier dans quelle mesure les objectifs du système sont atteints, évidemment s'ils décident de jouer ce rôle³⁵.

La division entre acheteurs de services et fournisseurs de soins observée dans les pays où l'assurance sociale assure la santé des individus a inspiré certains pays où le système de santé est intégré. Ces derniers ont choisi de séparer ces fonctions et de renforcer le rôle de l'acheteur. Dans ce cas, l'agence chargée des achats est responsable face au gouvernement du contrôle des dépenses et de la qualité liées aux patients. L'Australie, le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande, la Suède, l'Italie, la Grèce et le Portugal ont adopté cette stratégie. Toutefois, on possède à l'heure actuelle peu d'information sur l'impact qu'a cette stratégie sur la progression des coûts et la performance des systèmes.

³³ Borowitz et al. (2010).

³⁴ McPake et Normand 2008, page 57.

³⁵ Borowitz et al. (2010).

La limite d'information sur les coûts des services a limité la capacité des acheteurs à mettre en place des contrats de performance. Toutefois, l'expérience de la Grande-Bretagne montre que les fonds gérés par les omnipraticiens ont été plus performants en ce qui a trait à l'achat des services hospitaliers pour les soins électifs que ne l'ont été les fonds gérés par les autorités régionales.³⁶

2.6 Analyse comparative des mécanismes institutionnels

En bref, selon la littérature, l'amélioration de la valeur ou de la qualité par dollar dépensé passe par :

- l'universalité du système;
- des mécanismes de rémunération des médecins et de financement du système de santé orientés vers la valeur au patient;
- la transparence;
- la concurrence et l'instauration de mécanismes de marché.

Auxquels cas les organisations de santé seront plus ou moins incitées à développer un système où les soins sont organisés en fonction des conditions cliniques des patients, à instaurer des mécanismes qui facilitent la transparence et le partage d'information, soit les dossiers électroniques.

L'universalité

Tous les pays de notre échantillon ont un système universel de soins de santé. Sept d'entre eux ont des régimes où toute la population est automatiquement couverte par le régime de santé financé par les impôts : Canada (Alberta et Québec), Danemark, Finlande, Norvège, Espagne, Suède et Royaume-Uni. Deux ont des régimes obligatoires d'assurance sociale, l'Allemagne et la France et un a un régime d'assurance obligatoire les Pays-Bas. Les régimes de ces trois derniers ne sont pas entièrement financés par les contributions liées au revenu d'emploi. Toutefois dans ces trois cas, la population vulnérable et moins bien nantie est protégée par le gouvernement qui assure à ces personnes un même niveau de services et d'accès que le reste de la population.

La rémunération des médecins et le financement des hôpitaux

Dans notre échantillon, trois pays, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Norvège ont instauré des mécanismes de rémunération des hôpitaux et des médecins orientés sur la valeur. Le tableau 4, présente une qualification de la rémunération de 1 à 3. Un (1) indique que la rémunération n'incite pas à l'accroissement de la valeur. Deux (2) indique qu'un mécanisme visant à donner une indication sur les coûts par type de service est implanté et trois (3) indique que le système de rémunération incite le prestataire à équilibrer qualité et productivité des services.

³⁶ Castonguay et al. (2008).

Les indicateurs de financement des hôpitaux suivent la même logique que pour la rémunération des médecins. Un (1) indique que le financement n'incite pas à l'accroissement de la valeur. Deux (2) indique qu'un mécanisme visant à donner une indication sur les coûts par type de service est implanté et trois (3) indique que le système de financement incite le prestataire à équilibrer qualité et productivité des services.

La transparence

L'enquête menée par l'OCDE en 2008 sur les caractéristiques des systèmes de santé³⁷ a révélé que sept pays fournissaient des informations sur la qualité des services hospitaliers. Le Danemark, l'Allemagne, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la République slovaque et le Royaume-Uni publient quatre types d'information : des résultats cliniques, les processus appropriés, la satisfaction des patients et l'expérience du patient. En Belgique, en France, en Irlande, en Corée, au Mexique et en Suisse, l'information est limitée à des données cliniques sur les résultats et les processus. En Australie et en République tchèque, à ces dernières s'ajoutent des informations sur l'expérience des patients. En France, le gouvernement publie des informations sur l'utilisation des bons processus en termes de sécurité, sur l'équipement utilisé et sur le niveau d'activité. Les médias publient une classification des établissements basée sur des critères de performance tels que l'attractivité, l'utilisation d'équipement sophistiqué et sur le degré de spécialisation. En Hongrie et aux Pays-Bas, l'information est publiée par les médias et les assureurs et le focus est mis sur la satisfaction des patients.

Dans cette même enquête, cinq pays ont rapporté que des informations sur la qualité de la prestation des médecins étaient publiées. En Belgique, le gouvernement publie des informations individuelles sur les médecins. En Allemagne, des organismes non gouvernementaux (ONG) et les médias publient des informations sur l'expérience des patients et leur satisfaction. En Corée, ce sont les assureurs qui publient des informations sur les résultats cliniques et l'utilisation des bons processus. Aux Pays-Bas et en République slovaque, les assureurs et les médias publient quatre types d'information : l'expérience des patients et leur satisfaction, les résultats cliniques et l'utilisation des bons processus. Aux Pays-Bas, les médecins eux-mêmes fournissent des informations sur leur résultat sur leur propre site WEB.

Sur le tableau 4, la transparence est qualifiée de 1 à 3 lorsqu'il y a des informations publiées sur la qualité de la prestation des médecins et des hôpitaux. Un signifie qu'il y a un peu d'information. Trois signifie qu'il y a comparativement plusieurs indicateurs publiés dont au moins un sur les processus cliniques et les résultats. Lorsqu'il n'y a aucun indicateur, cela signifie que nous n'avons pas d'information ou qu'aucune information n'est publiée à cet égard.

Les mécanismes de marché

Sur le tableau, les mécanismes de marché sont qualifiés de 1 à 3. Trois (3) indique que la séparation entre l'organisme qui finance et celui qui fournit les services est inhérente au système

³⁷ Paris et al. (2010).

de santé. C'est-à-dire que les assureurs sont des organisations indépendantes du gouvernement et des établissements de santé. Deux (2) indique que les autorités reconnaissent l'importance des mécanismes de marché pour inciter à une meilleure performance. Dans les autres pays, la séparation entre les entités n'est pas clairement indiquée ou encore ce sont les mêmes acteurs qui sont responsables de l'organisation des soins et du financement.

Enfin, dans le contexte de cette analyse, plus la somme des indicateurs de qualification des mécanismes institutionnels d'un pays est élevée, plus les mécanismes en place devraient contribuer à freiner les pressions à moyen terme sur les coûts de santé. Ainsi, selon notre analyse, les Pays-Bas auraient mis en place le plus de mécanismes qui favorisent la valeur au patient par dollar dépensé, suivi de près par le Royaume-Uni. L'Allemagne, la France et le Danemark sont au troisième rang à cet égard avec un total de 10 chacun. Le Québec et l'Alberta seraient les moins bien positionnés pour freiner l'impact de la demande de services sur la croissance des coûts.

Tableau 3 : Mécanismes institutionnels

	Type de système Universel	Transparence	Paiement Médecins		Paiement Hôpitaux		Mécanismes de marché
Pays-Bas	Ass obli.	3	C, TC	3	B, DRG	3	3
Royaume-Uni	National	3	C, S, TC	3	B, DRG	3	2
Allemagne	Sociale	3	TC	2	DRG	2	3
Danemark	National	3	TC	2	DRG	2	3
France	Sociale	3	TC	2	DRG	2	3
Norvège	National	3	C, TC	3	B, DRG	3	
Finlande	National		C, S, TC	3	DRG	2	
Suède	National		S	1	B, DRG	3	
Espagne	National		C, S	2	B	1	
Israël	National		C, S, TC	3	n.d.		n.d.
Québec	National		TA	1	B	1	
Alberta	National		TA	1	B	1	

Légende : C = capitation, TC = tarif par cas, S = salaire, TA, Tarif à l'acte, B = Budget, DRG = Financement par cas selon les DRG.

Transparence : 1 = peu d'information, 2 = quelques informations publiées, 3 = plusieurs indicateurs de performance publiés.

Paiement des médecins : 1 = la rémunération n'incite pas à l'accroissement de la valeur, 2 = un mécanisme visant à donner une indication sur les coûts par type de service est implanté, 3 = le système de rémunération incite le prestataire à équilibrer qualité et productivité des services.

Paiement des hôpitaux : 1 = le financement n'incite pas à l'accroissement de la valeur, 2 = un mécanisme visant à donner une indication sur les coûts par type de service est implanté, 3 = le système de financement incite le prestataire à équilibrer qualité et productivité des services.

Mécanismes de marché : 3 = séparation des organisations de prestation de services de celles qui assurent le financement, 2 = reconnaissance de l'importance des mécanismes de marché, 1 = aucune reconnaissance de l'importance des marchés.

3. L'APPLICATION DES MEILLEURES PRATIQUES D'ETS DANS LES PROCESSUS DE DÉCISION D'ALLOCATION

Le recours à l'ETS dans les décisions d'allocation des ressources est répandu. En effet, plusieurs pays implantent un processus d'évaluation et de décision des technologies de santé pour mieux gérer leur panier de services de santé universellement couvert. Cette pratique est la plus courante pour les décisions de remboursement de médicaments et de technologies et en voie d'être mise en œuvre ou du moins considérée pour les décisions de couverture de pratiques et d'interventions cliniques. Dans tous les cas, les analyses coûts-bénéfices économiques sont limitées bien que ce soit souvent explicitement spécifié ou que ce soit un critère considéré dans les décisions d'investissements. En effet, une analyse de 433 rapports d'ETS provenant de 9 pays examinés incluant le Canada par une équipe danoise de recherche a révélé que :

- la revue de littérature était la méthode la plus couramment utilisée;
- des recommandations d'allocation sont incluses dans seulement la moitié des rapports;
- le focus est essentiellement mis sur l'efficacité clinique des technologies, laissant les facteurs économiques, les impacts sur le patient ou sur le système de santé rarement considérés dans les évaluations³⁸.

3.1 L'amélioration de la valeur du système par l'application des résultats d'ETS

« The International Working Group for Health Technology assessment » ou le groupe de travail international pour l'avancement de l'ETS a été établi en juillet 2007 avec l'appui financier de Schering Plough Corporation. La mission du groupe de travail est de faciliter l'amélioration continue du développement de méthodes et de la pratique d'évaluation des technologies en santé dans les institutions formelles d'ETS.

En 2008, le groupe de travail a recensé l'utilisation de l'ETS dans les décisions d'allocation ou d'inclusion dans les listes de remboursement³⁹. Dans ce contexte, il propose une liste de 15 principes, meilleures pratiques, à être considérés dans l'instauration d'un mécanisme d'ETS pour les décisions d'allocation (comme dans le cas de l'INESSS par exemple). Les auteurs soutiennent que l'application de ces 15 principes avait le potentiel d'améliorer les décisions cliniques et politiques, l'accès à des services efficaces et coûts/efficaces, l'efficacité des services et la santé de la population. Dans ce rapport, les auteurs insistent sur l'importance d'intégrer l'analyse économique des coûts et bénéfices des technologies et de considérer ses résultats dans les décisions d'allocation. De plus, ils insistent sur l'importance de clarifier le processus qui lie la décision d'allocation et les résultats de l'ETS.

Ces principes, énumérés dans le tableau suivant, sont organisés en 4 grandes catégories, selon qu'ils sont liés :

³⁸ Draborg et al. (2005)

³⁹ Drummond et al. (2008)

- à la structure du programme d'ETS,
- aux méthodes d'ETS,
- aux processus de réalisation de l'ETS,
- à l'utilisation de l'ETS dans les décisions d'allocation.

3.2 Le potentiel de l'INESSS dans sa forme initiale

Nous avons examiné la Loi sur L'Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux (INESSS) afin de déterminer dans quelle mesure elle prévoit l'application des principes recommandés par l'équipe scientifique GTIAETS. Le tableau suivant énumère les 15 principes et compare le cas échéant les articles de la Loi sur l'INESSS qui traitent des mêmes sujets.

Tableau 4 : Comparaison des 15 principes du Groupe de Travail International pour l'avancement de l'ETS (GTIAETS) avec les articles de loi de l'INESSS

15 principes du GTIAETS	Loi de l'INESSS
La structure du programme d'ETS	
Objectifs et portée de l'analyse explicites	Mission de l'INESSS : Promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux. Chapitre II article 7 : définir les critères évalués : valeur thérapeutique, la justesse du prix, le rapport coût efficacité, conséquence de l'inscription sur la santé de la population et sur le système de santé, l'opportunité de l'inscription du médicament au regard du régime d'assurance médicament.
L'ETS un processus impartial et transparent	Paragraphe 5 article 4 : ...maintenir à jour ses recommandations et guide, les diffuser aux intervenants du système de santé et services sociaux et les rendre publics, accompagnés de leurs justifications et des informations utilisées pour leur élaboration. Article 10 : Définir les méthodes utilisées pour élaborer chacune des catégories de recommandations et guides ... et les rendre publiques. Paragraphe 6 article 4 : L'INESSS rend public un cadre éthique exposant les principes qui guident son appréciation des résultats de l'évaluation scientifique et fondent les jugements qui le conduisent à ses recommandations et à ses guides.
L'ETS devrait englober toutes les technologies pertinentes (incluant les actes diagnostics et stratégies de traitement)	Chapitre II paragraphe 5 article 1 : La mission de l'Institut consiste à évaluer les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels;
Système transparent d'établissement des priorités	Chapitre IV, paragraphe 40 : L'Institut constitue, par règlement, la Table de concertation... Cette table a pour mandat de conseiller l'Institut dans la détermination des sujets prioritaires à examiner ...
Les méthodes d'ETS	
Intégrer des méthodes appropriées d'évaluation des coûts et des avantages	Chapitre 2 paragraphe 5 article 6 : La mission de l'Institut consiste à...promouvoir et soutenir le développement de l'évaluation scientifique à l'égard des technologies, des médicaments et des

	interventions en santé et en services sociaux personnels.
Prendre en compte un large éventail de données et de résultats	
Adopter le point de vue de la collectivité	
Caractériser explicitement l'incertitude entourant les estimations	
Aborder et traiter les questions des possibilités de généralisation et de transfert entre patients	
Les processus d'ETS	
Associer à l'exercice d'établissement de l'objectif de l'ETS, l'ensemble des principaux groupes d'acteurs concernés par l'objet évalué	Chapitre 2 paragraphe 5 article 7 : La mission de l'Institut consiste à...faire les consultations qu'il estime appropriées préalablement à l'élaboration de ses recommandations et guides afin que soient prises en compte les opinions des groupes intéressés et de la population.
Activement rechercher toutes les données disponibles	Paragraphe 6 article 4 : L'Institut s'appuie notamment sur une revue systématique des données de la recherche, sur des évaluations économiques, sur des données cliniques ainsi que sur l'analyse de données québécoises disponibles sur les besoins, les ressources, les services et les médicaments.
L'exploitation des résultats de l'ETS devrait faire l'objet d'un suivi	Chapitre 2 paragraphe 5 article 3 : La mission de l'Institut consiste à... déterminer, dans ses recommandations et guides, les critères à utiliser pour évaluer la performance des services, et, le cas échéant, les modalités de mise en œuvre et de suivi de ceux-ci;
L'utilisation de l'ETS dans les décisions d'allocation	
ETS au moment opportun (décision de mise en marché et réexamen de la pertinence)	
Communiquer les résultats aux différents décideurs (autorités, organisations, prestataires, patients et grand public)	Paragraphe 8 : L'Institut rend publics, 60 jours après les avoir transmis au ministre, les avis et recommandations qu'il formule en application de l'article 5. Toutefois, les recommandations visées au paragraphe 8 (médicaments) de cet article sont rendues publiques 30 jours après avoir été transmises au ministre.
Le lien entre les résultats de l'ETS et le processus décisionnel doit être transparent et clairement défini.	

Il ne fait aucun doute que la mise en œuvre de l'INESSS est un pas dans la bonne direction en ce qui concerne l'amélioration de l'allocation des fonds publics en santé. Il en est de même sur le fait que tant que l'INESSS ne sera pas en activité, il serait présomptueux de critiquer la mise en application de principes concernant les méthodologies qui seront appliquées ou encore les processus d'évaluation suivis. Il n'en reste pas moins que deux éléments importants figurant dans

les recommandations du GTIAETS et qui faisaient partie des recommandations du comité d'implantation de l'INESSS ont été exclus de la Loi⁴⁰ :

- L'établissement d'un mécanisme transparent d'établissement des priorités;
- La clarification du processus qui lie la décision d'allocation et les résultats de l'ETS.

La Loi de l'INESSS prévoit la mise en place d'une table de concertation qui établira les sujets prioritaires à évaluer. Rien n'est mentionné sur les critères qui devront être considérés dans l'établissement des priorités. En plus, il n'est pas spécifié que leurs recommandations ou les facteurs qui les ont motivés doivent être publiés ou rendus publics. Ceci implique que ce processus ne respectera les meilleures pratiques que si les responsables de la table de concertation décident de les adopter.

En plus, le ministre n'a ni l'obligation de prendre une décision suite aux recommandations de l'INESSS, ni celle de rendre publics les facteurs qui ont motivé sa décision. Ainsi, il n'y a pas de processus qui lie la décision aux résultats de l'ETS.

Enfin, la Loi sur l'INESSS ne prévoit aucun mécanisme visant à prioriser les pratiques, technologies ou médicaments couverts par le Régime d'Assurance Santé du Québec. Ainsi, le problème de la pression sur les coûts de santé liée à l'évolution des technologies demeure entier puisque l'on ne prévoit pas de mécanisme pour retirer des services (médicaments ou technologies) du panier et faire de la place dans le budget pour de nouveaux. On ne peut continuer à ajouter des services assurés sans prévoir un mécanisme qui permet d'en désassurer et investir dans ceux qui d'un point de vue de société sont jugés prioritaires.

Les auteurs sont d'avis que l'impact de l'INESSS sur l'amélioration du contrôle des coûts de santé sera limité à moins que des mécanismes de priorisation et de décision transparents ne soient adoptés et que l'on prévoit un mécanisme de désinvestissement.

D'autres organisations formelles d'ETS sont timides dans l'établissement de mécanismes transparents de décision des services assurés

En 2010, le GTIAETS a effectué une nouvelle étude pour examiner dans quelle mesure 14 différentes organisations d'ETS⁴¹ appliquaient les 15 principes qu'ils avaient recommandés en 2008. Ils ont trouvé que l'application des principes du **GTIAETS** était inégale. En particulier, ils sont d'avis que :

- Certains principes sont largement appliqués. Par exemple : l'importance de rendre explicite la portée et les objectifs de l'ETS ou de prendre en compte un large éventail de données et de résultats et que l'ETS doit être impartiale et transparente.

⁴⁰ Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux, Comité d'Implantation de l'Institut National d'excellence en santé et services sociaux, Santé et Services Sociaux, décembre 2008, P. 119-121 et P. 141

⁴¹ Quatre Américaines, une du Royaume-Uni, deux de l'Allemagne, deux Suédoises, une Canadienne, une Sud-Coréenne, Une Brésilienne, Une Taiwanaise et une Australienne.

- D'autres sont beaucoup moins observés comme celui d'aborder et traiter les questions des possibilités de généralisation des résultats; d'être transparent sur le lien entre les résultats de l'ETS et le processus décisionnel; d'adopter le point de vue de la collectivité; et de faire le suivi de l'exploitation des résultats de l'ETS.

Essentiellement, le groupe de travail a observé qu'il y a beaucoup de potentiel d'amélioration dans l'utilisation des évidences pour améliorer les décisions d'allocation⁴².

⁴² Neumann et al (2010)

4. L'IMPACT POTENTIEL SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ DU QUÉBEC DE L'OBSERVATION DE TROIS RECOMMANDATIONS DE NICE

Le National Institute of Clinical Excellence (NICE) Britannique est l'organisation nationale responsable de fournir et de recommander les meilleures pratiques en vue de favoriser une bonne santé et de prévenir et guérir la maladie⁴³. Dans ce contexte, le NICE

- évalue sur une base continue les pratiques, médicaments et technologies utilisées dans les services publics de santé britanniques;
- publie les résultats de ses évaluations;
- fournit les outils appropriés pour permettre aux localités d'effectuer leurs propres analyses coût-efficacités.

En date de rédaction de ce rapport, le NICE avait évalué 176 pratiques, médicaments ou technologies de santé et publié au moins un des trois outils de décision pour chacune de ces pratiques évaluées.

Selon le NICE, l'application des meilleures pratiques auprès des personnes atteintes d'hypertension et de celles souffrant d'arthrose permettrait d'éviter un total de 222 millions de £ et de 7,3 millions de £ par année respectivement en dépenses de santé. L'application des meilleures pratiques de prévention et de traitement de l'obésité permettrait au système de santé d'éviter 55,6 millions £ de dépenses d'intervention après dix ans.

Tableau 5 : Exemple de recommandations de NICE

Référence NICE #	Maladie ou condition	Objectif de la recommandation	Coûts évités
CG34 (2006)	Hypertension	Améliorer l'atteinte de la pression souhaitable du sang par 60 % des patients sous médication pour Hypertension	222,6 M£ par année
CG59 (2008)	Arthrose	Réduire les coûts de traitement de la douleur par une combinaison de techniques (exercices, médication, thérapie complémentaire et chirurgie)	7,3M£ par année
CG43 (2006)	Obésité	Réduire l'incidence de l'obésité de 1 % par des techniques de prévention et une meilleure formation au personnel de soutien aux personnes obèses dans les milieux cliniques	55,6 M£ par année après 10 ans si le taux de prévalence de l'obésité est réduit de 1 %

⁴³ Traduction libre.

4.1 Calcul des coûts évités par l'application de recommandations du NICE aux pratiques de santé au Québec

À titre d'exemple et dans le but d'informer sur l'ordre de grandeur des économies potentiellement réalisables si les meilleures pratiques étaient observées en pratique clinique au Québec, nous avons transposé les coûts évités pour le Royaume-Uni de ces trois recommandations aux données du Québec.

Méthodologie

Nous avons supposé que

- les pratiques cliniques actuelles au Québec étaient les mêmes qu'au Royaume-Uni;
- les coûts des pratiques actuelles en proportion du pouvoir d'achat aussi.

Ensuite, nous avons ajusté l'incidence des maladies visées pour correspondre aux taux d'incidence de ces mêmes maladies au Québec, ajusté la population, et appliquer le ratio de conversion en fonction de la Parité du pouvoir d'achat au Canada et au Royaume-Uni : 1,25 \$ CAN = 1 \$ US=0,537 £⁴⁴.

Résultats

Appliquées au Québec, ces trois recommandations de NICE permettraient de réduire de près de 85 millions \$ les dépenses de santé allouées au traitement de l'hypertension et de l'arthrose dès leur application. En plus, la réduction de 1 % dans la prévalence de l'obésité réalisable environ en 10 ans permettrait de réduire les dépenses de santé de 14 millions \$ de plus.

Maladie ou condition	Prévalence	Coûts évités potentiels au Québec ⁴⁵
Hypertension	14,5 % en 2003, 3 ^e plus importante maladie chronique	82,3 millions \$ par année
Arthrose		2,1 millions \$ par année*
Obésité	Obésité : 15,8 % chez les hommes, 13 % chez les femmes Embonpoint : 39,4 % chez les hommes, 26,1 % chez les femmes	14 millions \$ par année après 10 ans si le taux de prévalence de l'obésité est réduit de 1 %

Note : les données sur l'arthrose n'ont pas été ajustées pour l'incidence au Québec car les unités de mesure ne sont pas comparables. Elles ont été ajustées seulement en fonction de la population.

L'application des meilleures pratiques peut engendrer une augmentation de coûts

⁴⁴ OCDE

⁴⁵ Les résultats détaillés sont insérés à l'annexe 4.

D'autres meilleures pratiques évaluées engendrent une augmentation des coûts du système de santé si elles sont appliquées. Surtout s'il s'agit de nouveaux protocoles ou de prévention. Le tableau suivant présente trois exemples de ce type de résultats obtenus par le NICE Institute et leur transposition aux données du Québec.

Maladie ou condition	Coûts additionnels	Coûts additionnels au Québec ⁴⁶
Cancer du poumon	23,2 millions £	7,5 millions \$
Parkinson	3,8 millions £	2,6 millions \$
Infarctus du myocarde	De 51,9 millions £ l'année 1 à 92,8 millions £, l'année 3	De 15 millions \$ l'année 1 à 27 millions \$, l'année 3

Ces résultats ne présentent que l'impact sur les coûts directs au système de santé et ne tiennent pas compte des coûts et bénéfices indirects et donc des coûts pour les individus, pour le secteur privé ou pour le secteur communautaire. Par exemple, les coûts liés aux soins informels, les coûts liés aux revenus perdus dus à la mortalité et la morbidité et les coûts-bénéfices liés aux prestations d'assurance et à leurs coûts.

Une décision de fournir et payer pour ces services recommandés dans le cadre d'un régime public de santé ne devrait pas être prise seulement en considérant l'analyse de l'impact sur les coûts du système. Elle devrait considérer d'autres critères tels que l'efficacité, le caractère éthique et équitable d'offrir ou pas ces traitements, l'impact sur les coûts indirects ainsi que l'impact sur le système de santé. Ainsi, l'application de telles considérations pourrait arriver à la conclusion qu'assurer une meilleure pratique qui aurait pour effet d'augmenter les coûts de santé pourrait diminuer les coûts totaux pour la société.

Enfin, la décision d'assurer devrait être négative si une pratique novatrice est également efficace à une technologie qu'elle remplace et plus coûteuse. Dans ce cas, il est difficile de démontrer l'équité liée au remboursement de cette nouvelle pratique puisqu'elle accapare des fonds qui auraient pu être alloués à un autre malade.

⁴⁶Les résultats détaillés sont insérés à l'annexe 4.

5. CONCLUSION

La croissance des dépenses de santé est une préoccupation qui n'échappe à aucun pays doté d'un système universel de santé. Bien que les facteurs expliquant la croissance des dépenses de santé soient de plusieurs ordres, l'évolution des possibilités de services, traitements, technologies ou médication disponibles en est un important. En effet, il existe une multitude de traitements disponibles aujourd'hui pour des conditions intraitables il y a à peine une décennie. Par exemple, la transplantation de moelle osseuse pour le traitement du cancer du sang est un exemple. Cette évolution implique que le régime qui assurait lors de son instauration un nombre donné d'interventions assure maintenant un beaucoup plus grand nombre de services par assuré. Toutefois, certaines de ces innovations sont des options de remplacement pour des interventions rendues désuètes. D'autres n'ont jamais démontré leur efficacité et sont offertes par les prestataires de soins de santé. Est-il possible de s'assurer que les services qui sont remboursés offrent un meilleur potentiel de résultat? En d'autres mots, est-il possible d'en obtenir plus pour notre argent en gérant mieux le panier de services assurés?

La littérature révèle qu'il existe un potentiel d'accroître les résultats de santé de notre système pour un même niveau de dépenses

Selon une étude récente de l'OCDE⁴⁷ sur l'impact des dépenses de santé (neutralisées pour tenir compte de l'effet des autres déterminants de la santé tels que revenu, éducation, pollution et mode de vie) et sur l'état de santé mesuré par l'espérance de vie, les dépenses de santé sont plus ou moins optimisées. En d'autres mots, on n'en obtient pas toujours pour notre argent. Les auteurs de cette étude estiment que si tous les pays devenaient aussi efficaces que les plus performants, l'espérance de vie s'allongerait en moyenne de 2 ans pour le même niveau de dépenses. D'autres études arrivent à une conclusion similaire. Au Canada, on estime que le potentiel d'amélioration des résultats de santé par des gains d'efficacité tout en maintenant les dépenses constantes, est du même ordre en proportion que celui atteint lors de la précédente décennie.

Notre examen de la littérature ne nous a toutefois pas permis de déterminer avec certitude l'impact sur les coûts de santé qu'aurait un mécanisme rigoureux de gestion du panier de services couverts. Cependant, nous avons pu vérifier un certain nombre d'hypothèses qui renforcent le potentiel de cette stratégie pour obtenir plus de valeur pour l'argent dépensé en santé.

- Tous les pays de notre échantillon ont mis en place un mécanisme de gestion du panier de médicaments assurés par leur régime public et la majorité fait de même pour les technologies et les pratiques assurées.
- Ces mécanismes incluent au minimum un processus d'évaluation des pratiques, médicaments et ou technologies et de recommandation.

⁴⁷ OCDE 2010

- Tous les pays évaluent chaque technologie sous plusieurs angles incluant leur efficacité clinique, l'éthique de la pratique, l'impact sur l'organisation des services de santé, l'impact sur les coûts et l'impact économique de la pratique.
- Presque tous les pays rapportent tenir compte du critère d'efficacité économique des pratiques dans leurs évaluations, mais l'examen des rapports d'évaluation révèle que peu d'entre eux le font réellement.
- Peu de pays exigent des prestataires qu'ils observent strictement les évidences et recommandations des instituts d'évaluation. Toutefois à mesure que les données sur la quantité d'erreurs évitables du système de santé sont révélées et que les évidences sur les meilleures pratiques se multiplient, ces derniers sont incités à les appliquer.
- Certaines caractéristiques institutionnelles influencent l'efficacité des mécanismes de gestion des paniers de services. Sans elles, les prestataires ne sont pas incités à améliorer leur pratique en les observant davantage.
- Porter et Tiesberg ont proposé un cadre d'analyse des systèmes de santé orientés sur l'amélioration de la valeur au patient. Le mécanisme de rémunération des hôpitaux et des médecins, les mécanismes de marché, la transparence figurent parmi les caractéristiques importantes d'un système axé sur la valeur.
- Les Pays-Bas et le Royaume-Uni sont les deux pays de notre échantillon qui présentent le plus de caractéristiques favorables à l'accroissement de la valeur au patient. Les systèmes Allemands, Danois, Français et Norvégiens offrent également plusieurs de ces caractéristiques mais dans une moindre mesure.
- Nous n'avons pas recensé d'analyse qui évalue l'impact de la gestion du panier de services sur les dépenses de santé.
- Le régime actuel d'assurance du Québec présente peu de caractéristiques institutionnelles qui faciliteraient l'adhésion aux recommandations des structures d'évaluation. L'implantation prochaine de l'INESSS⁴⁸ est un petit pas dans la bonne direction. Toutefois, puisque le ministre ne sera pas tenu de prendre une décision suite aux recommandations de l'INESSS ou de les justifier, les gains d'efficacité et d'efficience seront limités au potentiel réalisable par les médicaments et technologies. En plus, les mécanismes institutionnels incitent peu à l'adhésion des meilleures pratiques.
- Le NICE Institute du Royaume-Uni a calculé l'impact sur les coûts sur le système de santé anglais si les prestataires de santé de ce pays appliquaient leurs recommandations pour un total de 176 pratiques cliniques⁴⁹. Certaines de ces pratiques engendrent une augmentation des dépenses de santé alors que d'autres engendrent une réduction des coûts.

⁴⁸ Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux.

⁴⁹ En date d'écriture de ce rapport.

- Les résultats des évaluations coûts-bénéfices de trois meilleures pratiques engendrent des économies de coûts. Transposées au cas du Québec, leurs observations permettraient de générer des économies de 2,1 millions de dollars pour l'amélioration du traitement de la douleur liée à l'arthrose et 82 millions de dollars pour le traitement de l'hypertension.

6. BIBLIOGRAPHIE:

Aucoin, L., Le choix des priorités du « panier de services », la pertinence/efficacité/efficience des soins : des enjeux de financement, rapport présenté au groupe de travail sur le financement du système de santé, Info-Veille Santé Itée, 16 septembre 2007

Bolduc, Y., Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, Assemblée Nationale, 2009.

Borowitz et al., Optimiser les dépenses de santé, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, OCDE 2010.

Castonguay, J., Montmarquette, C., Scott, I., Analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de l'OCDE, CIRANO, 2008RP-02, février 2008.

Cranney, M., Warrena, E., Barton, S., Gardner, K., Walley, T., Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study, *Family Practice, Oxford Journal*, mars 2001.

Devaux, M., Paris, V., Wei, L., « Health systems institutional characteristics: A survey of 29 OECD Countries », OECD Health Working papers No. 50, avril 2010

Draborg, E., Gyrd-Hansen, D., Bo Poulsen, P., Horder M., International Comparison of the definition and practical application of Health Technology assessment, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21:1, (2005), p. 89-95

Drummond, M., Schwartz, J.S., Jönsson, B., Luce, B. R., Neuman, P.J., Siebert, U., Sullivan, S.D., « Key Principles for the conduct of Health technology assessment for resources allocation decisions », *International Journal of technology assessment in Health Care*, Vol. 24, no 3, pp.244-258.

Fortin, B., Jacquemet, N., Shearer, B.S., Labour Supply, Work Effort and Contract Choice: Theory and Evidence on Physicians, CIRANO 2010s-40, 2010.

Gallego, G., Haas, M., Hall, J., Viney, R., « Reducing the use of ineffective health care interventions », Center for Health economics research and evaluation (CHERE), janvier 2010.

Glennard A.H., Hjalte F., Svensson M., Anell A., Bankauskaite V., *Health systems in transition: Sweden*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.

Grol, Richard, Quality development in health care in the Netherlands, Commission of a high performing Health system, The Commonwealth Fund, 2006.

Gross, R., Rosen, B., Chinitz, D., Evaluating the Israeli health care reform: strategy, challenges and lessons, *Health Policy*, avril 1998.

Hogberg D., Sweeden's Single Payer Health System Provides a Warning to Other Nations, National Center for public Policy Research, *National Policy analysis*, 2007.

Kim, L.N., Paris, V., Or, Z., Sermet, C., « The politics of drugs reimbursement in England, France and Germany », IRDES, no 99, octobre, 2005.

McPake B., Normand C., Health Economics, an International perspective, second edition, Routledge, 2008.

Minister's advisory committee on health, A Foundation for Alberta's health system, a new legislative framework for health, 2010.

Ministry of social affairs and health, Health Care in Finland, Brochures of the Ministry of social affairs and health, Helsinki, Finland, 2004 .

Neumann, P. J., Drummond, M. F., Jönsson, B., Luce, B. R., Schwartz, J. S. , Siebert, U., Sullivan, S. D., "Are Key Principles for improved health technology assessment supported and used by health technology assessment organizations?" *Int J Technol Assess Health Care* 2010, janvier,01;26(1):71-8; (PMID: 20059783).

OCDE 2010, Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé, OCDE département des affaires économiques, note de politique économique, no 2.

Pearson, S., Littlejohns, P., « Reallocating resources: How should the National Institute for Health and clinical excellence guide disinvestment efforts in the National Health Service? », *National Institute of Health*, Bethesda, MD, USA, juillet 2007.

Porter, M.E. and Teisberg E.O., « Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results », *Harvard Business School Press*, 2006.

Sigmund, H., Borlum Kristensen, F., Health Technology Assessment in Denmark: Strategy, Implementation, and Developments, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25: Supplement 1, (2009), p. 94-101

Schreyögg, J., Star gardt, T., Ve lasco-Garrido, M., Busse, R. Defining the "Health Benefit Basket" in nine European countries - Evidence from the European Union Health BASKET Project, Department of Health Care Management, Berlin University of Technology, *Eur J Health Econ* 2005 [Suppl 1] 6:2-10, 4 novembre 2005.

Teperi J., Porter M.E., Vuorenkoski L., Baron J.F., The Finish Health Care system: a value-based perspective, *Sitra reports* 82, Helsinki 2009.

ANNEXE 1 : PROCESSUS DE GESTION DU PANIER DE MÉDICAMENTS ASSURÉS AU QUÉBEC

Au Québec, le Conseil du Médicament gère un processus rigoureux de confection et de mise à jour de la liste des médicaments couverts par le régime de Régime général d'assurance médicaments (RGAM) du Québec et ceux utilisés par les établissements de santé. Ce processus est le suivant :

- L'organisation reçoit les demandes d'évaluation des fabricants. Ces dernières incluent notamment les résultats des études effectuées.
- L'organisation reçoit les commentaires et observations des groupes et associations de professionnels concernant les médicaments à l'étude;
- Le comité scientifique analyse les demandes d'inscription selon les critères d'évaluation prévus à la Loi sur l'assurance médicaments et formule ses recommandations aux membres du conseil du médicament
- Le Conseil du médicament fait les recommandations au ministre de la Santé et des Services sociaux soit d'accepter ou de refuser l'inscription du médicament sur la liste de médicaments assurés.
- Le ministre approuve la mise à jour de la liste de médicaments.

La valeur thérapeutique du médicament est le critère prépondérant de l'évaluation. Si le Conseil considère que cette valeur thérapeutique n'est pas démontrée, il soumet un avis au ministre à ce sujet. Le médicament est refusé. Par ailleurs, si la valeur thérapeutique du médicament est démontrée, le Conseil évalue les aspects suivants avant de formuler sa recommandation au ministre :

- la justesse du prix du médicament;
- le rapport entre le coût et l'efficacité du médicament, le coût comprenant le prix du médicament ainsi que les frais liés à son utilisation (par exemple les visites chez le médecin, les hospitalisations, les tests de laboratoire, etc.);
- les conséquences de l'inscription du médicament à la liste sur la santé de la population et sur les autres composantes du système de santé;
- l'opportunité de l'inscription du médicament à la liste en regard de l'objet du régime général, qui est d'assurer un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes.

Ce processus rigoureux promet un régime d'assurance médicament dont seuls les médicaments sécuritaires et comparativement coûts efficaces seraient remboursés.

ANNEXE 2 : LE PANIER DE SERVICES DE SANTÉ AU QUÉBEC ET AU CANADA EST VAGUEMENT DÉFINI

Au moment de l'instauration du régime d'assurance maladie du Québec en 1970, le nombre de diagnostics et de traitements disponibles était relativement limité. Il apparaissait peu important alors de définir de façon précise les services qui seraient couverts par le régime public. À cette époque les régimes de santé des provinces canadiennes étaient plus différenciés qu'ils ne le sont aujourd'hui. En 1984, le gouvernement canadien a adopté la loi canadienne sur la santé. Cette dernière établit les conditions auxquelles les régimes provinciaux doivent se conformer afin de recevoir les transferts fédéraux pour la santé. 'La loi a pour objet de veiller à ce que tous les résidents du Canada aient, selon des conditions raisonnables, accès aux services assurés **qui sont médicalement nécessaires** sans avoir à déboursier directement pour ces services au point de service'⁵⁰. L'expression 'qui sont médicalement nécessaires' est le critère actuel d'inclusion dans le panier de services assurés par le régime public de santé au Québec et au Canada. Un critère vague qui donne une grande marge de manœuvre aux prestataires de services de santé.

⁵⁰ <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/cha-lcs/index-fra.php>

ANNEXE 3 : MÉTHODES D'ÉVALUATION ÉCONOMIQUE DES TECHNOLOGIES DE SANTÉ

Il y a cinq méthodes d'analyse comparative en économie de la santé : l'analyse coût/efficacité, l'analyse coût/utilité, l'analyse de minimisation des coûts, l'analyse coût/conséquence et l'analyse coûts-bénéfices.⁵¹ La plus appropriée dépend de la question que l'on se pose.

Les analyses coûts efficacité (ACE) sont les plus fréquemment utilisées dans le cadre de décisions de couverture d'assurance d'une technologie ou d'un service. Les ACE comparent la différence des coûts avec la différence des résultats. Elles font le rapport de la différence des coûts de deux options sur la différence des résultats de ces mêmes deux options. Les résultats sont exprimés soit en années de vie gagnées (ALY) ou en années de vie gagnées en bonne santé (QALY).

$$ACE = (C_1 - C_2) / (R_1 - R_2)^{52}$$

L'ACE intègre à l'analyse une pondération pour les préférences des patients. Pour cette raison, on appelle aussi les ACE qui évaluent les coûts par QALY des analyses coûts/utilité⁵³. Lorsque l'objectif de l'analyse est de choisir l'alternative qui obtient les meilleurs résultats compte tenu des moyens dont on dispose, la méthode d'analyse coût efficacité est favorisée. Si l'objectif est de minimiser les coûts, l'une ou l'autre des trois méthodes d'analyse coûts/bénéfices, coûts conséquences ou minimisation des coûts sont utilisées. À notre avis, ces méthodes sont appropriées dans un contexte où le résultat des alternatives est le même. Néanmoins, lorsque ce n'est pas le cas, ces méthodes intègrent la notion de résultat en donnant une valeur monétaire aux années de vie gagnées. Les résultats de ces analyses sont critiqués parce qu'elles assignent une valeur monétaire à une année de vie. Pour ces raisons et parce qu'elles sont mal comprises par les décideurs en santé, les analyses économiques sont encore peu utilisées pour appuyer les choix en santé.

⁵¹ Jacobs, 2002.

⁵² Où C_1 réfère aux coûts de l'alternative 1, et C_2 réfère aux coûts de l'alternative 2 et R_1 réfère au résultat de l'alternative 1 et R_2 réfère au résultat de l'alternative 2.

⁵³ Saha et al., 2001.

ANNEXE 4 : ÉVALUATION DES COÛTS DE CINQ RECOMMANDATIONS DU NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE TRANSPOSÉS AU QUÉBEC

Référence NICE	Maladie	Intervention	Épidémiologie	Recommandations du NICE à l'étude	Résultats de l'étude de coût	Transposition des résultats au Québec		
						Épidémiologie au Québec	Coûts/Épargne nette (ajusté avec PPP en santé et selon l'incidence ou nombre de cas)	Note méthodologique
CG24 (2005)	Cancer du poumon	Diagnostic et traitement	<p>Incidence du cancer poumon Angleterre = 62/100 000</p> <p>Nombre de cas (Angleterre) = 31 000</p>	<p>1) Offrir l'accès à la tomographie par émission de positrons</p> <p>2) Dans le cadre du diagnostic, effectuer un examen de tomodensitométrie avant la bronchoscopie</p> <p>3) Avoir des infirmières spécialisées en cancer du poumon</p> <p>4) Offrir la radiothérapie continue hyperfractionnée accélérée (RCHA) pour les patients sous radiothérapie radicale</p> <p>5) Offrir la chimiothérapie adjuvante après résection chirurgicale</p> <p>6) Offrir des thérapies pour les patients atteints d'un cancer avancé non à petites cellules</p>	<p>Coûts additionnels pour les scans = 7,532 M€; Coût des résections évitées = 0,87 M€; Coût net = 6,662 M€</p> <p>Coûts additionnels de la tomodensitométrie = 0,292 M€; Coûts évités des bronchoscopies = 1,455 M€; Coût évité net = 1,1732 M€</p> <p>Coûts additionnels en infirmières spécialisées = 2,011 M€</p> <p>Coûts additionnels RCHA = 3,633 M€; Coût évité des radiothérapies conventionnelles = 1,326 M€; Coût net = 2,307 M€</p> <p>Coûts additionnels = 2,866 millions €</p> <p>Coûts additionnels des chimiothérapies = 11,189 M€; Coût évité des radiothérapies = 0,614 million; Coût net = 10,575 M€</p> <p>GRAND TOTAL POUR L'ANGLETERRE : Coût NET = 23,2 M€</p>	Tx incidence = 69,4/100 000 en 2003	Coût net: 7,5 M\$ CAN	Ajusté en fonction de la PPP en santé (source OCDE): 1,25 \$ CAN = 1 \$ US et 0,537 £ = 1 \$ US. Ajusté en fonction des différences d'incidence et/ou prévalence, ajusté en fonction de la population totale : 61,8 M pour l'Angleterre et 7,7 M pour le QC.
CG34 (2006)	Hypertension	Prise en charge des adultes en soins	Prévalence de l'hypertension traitée = 11,34 %; 5,4 millions de	1) Pour les patients de 55 ans et plus et les personnes de couleur noire (peu importe l'âge), le premier choix pour la thérapie initiale devrait être un inhibiteur calcique; les diurétiques thiazidiques sont une alternative.	Coût supplémentaire en médicaments = 58,4 M€; Coûts évités des crises cardiaques et cardiopathie ischémiques =	Prévalence = 14,5 % en 2003. En 3 ^e position des	Coûts évités nets : 82,3 M\$ CAN	Ajusté en fonction de la PPP en santé (source OCDE): 1,25 \$CAN = 1 \$ US et 0,537 £ = 1 \$ US.

		primaires	personnes sont traitées en Angleterre pour l'hypertension	<p>2) Pour les patients de 55 ans et moins souffrant d'hypertension, le premier choix de thérapie initiale devrait être un inhibiteur de l'ECA (ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II si l'inhibiteur de l'ECA n'est pas toléré).</p> <p>3) Si la thérapie initiale était avec un inhibiteur calcique ou un diurétique thiazidique et qu'un deuxième médicament est requis, ajouter un inhibiteur de l'ECA (ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II si l'inhibiteur de l'ECA n'est pas toléré). Si la thérapie initiale utilisait un inhibiteur de l'ECA (ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II si l'inhibiteur de l'ECA n'est pas toléré), ajouter un inhibiteur calcique ou un diurétique thiazidique.</p> <p>4) Si un traitement avec trois médicaments est requis, la combinaison inhibiteur ECA (ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II), inhibiteur calcique et diurétique thiazidique devrait être utilisée.</p>	280,4 M€; Coûts évités nets = 222 M€	principales maladies chroniques	Ajusté en fonction des différences d'incidence et/ou prévalence, ajusté en fonction de la population totale : 61,8 M pour l'Angleterre et 7,7 M pour le QC.	
CG35 (2006)	Maladie de Parkinson	Diagnostic et prise en charge primaire et secondaire	Nombre = 85 957 en Angleterre	<p>1) Les patients atteints de la maladie de Parkinson devrait avoir accès de manière régulière à : un suivi clinique et à l'ajustement de la médication, une personne-contact en continue pour de l'aide, incluant des visites à domicile si nécessaire, et une source fiable d'information sur les aspects cliniques et sociaux importants pour les patients atteints de la maladie et les personnes qui s'en occupent.</p> <p>2) La physiothérapie devrait être accessible et offerte aux patients</p> <p>3) L'ergothérapie devrait être accessible et offerte aux patients</p> <p>4) L'orthophonie devrait être accessible et offerte aux patients</p>	Coûts additionnels = 10,2 M€; Coûts évités des admissions hospitalières et des consultations en ambulatoire = 6,4 M€; Coût net = 3,8 M€	Environ 25 000 cas au Québec (selon la Société Parkinson du Québec)	Coût net = 2,6 M\$ CAN	Ajusté en fonction de la PPP en santé (source OCDE): 1,25 \$ CAN = 1 \$ US et 0,537 £ = 1 \$ US. Ajusté en fonction des différences d'incidence et/ou prévalence.
CG43 (2006)	Obésité	Prévention, identification, évaluation et prise en charge des adultes et des enfants.	<p>Prévalence de l'obésité : 24 % chez les hommes, 24 % chez les femmes et 16 % chez les 2-15 ans.</p> <p>Prévalence de l'embonpoint : 46 % chez les hommes, 35 % chez les femmes et 14 % chez les 2-15 ans.</p>	<p>1) Former du personnel dans la prévention et la prise en charge des adultes et enfants obèses ou ayant de l'embonpoint.</p> <p>2) La chirurgie bariatrique est recommandée comme option de première ligne (plutôt que les changements d'habitude de vie ou les traitements médicamenteux) pour les adultes ayant un IMC supérieur à 50 kg/m² pour qui l'intervention chirurgicale est considérée appropriée.</p>	La mise en œuvre des lignes directrices coûtera 63,3 M€ la première année, avec des coûts à l'année 10 de 35,5 M€ et des coûts évités au bout de 10 ans de 55,6 M€ (ceci est calculé à partir de l'hypothèse que la mise en œuvre des lignes directrices réduira de 10 % la prévalence de l'obésité). Résultats pour l'Angleterre.	<p>Prévalence de l'obésité : 15,8 % chez les hommes, 13% chez les femmes</p> <p>Prévalence de l'embonpoint : 39,4 % chez les hommes, 26,1 % chez les femmes</p>	Coûts évités au bout de 10 ans = 14 M\$ CAN	Ajusté en fonction de la PPP en santé (source OCDE): 1,25 \$CAN = 1 \$US et 0,537 £ = 1 \$ US. Ajusté en fonction des différences d'incidence et/ou prévalence, Ajusté en fonction de la population totale: 61,8 M pour l'Angleterre et 7,7 m pour le QC.

			<p>Définition de l'embonpoint : IMC entre 25 et 29,9 kg/m², Définition d'obésité: IMC > 30 kg/m²</p> <p>3) Référer à un spécialiste devrait être considéré pour les enfants en surpoids ou obèses et qui ont des comorbidités significatives ou des besoins complexes (par exemple des troubles de l'apprentissage ou scolaires)</p> <p>4) Chez les enfants de 12 ans et plus, le traitement avec l'orlistat est recommandé seulement si des comorbidités physiques (telles que des problèmes orthopédiques ou l'apnée du sommeil) ou psychologiques sont présentes. Le traitement devrait être prescrit dans un centre pédiatrique spécialisé, par des équipes multidisciplinaires ayant de l'expérience avec la prise en charge de ce groupe d'âge.</p> <p>5) Les autorités locales devraient travailler de concert avec leurs partenaires et associations locaux, afin de créer et gérer un plus grand nombre d'espaces réservés à l'activité physique, tout en adressant les questions de sécurité, de crime et d'inclusion en : (a) fournissant des espaces comme des terrains pour faire du vélo ou de la marche; (b) faisant en sorte que les rues soient propres et sécuritaires; (c) en s'assurant que les locaux et les espaces soient organisés de manière à encourager les gens à être plus actifs physiquement; (d) en prenant en considération les besoins de certains groupes particuliers comme les gens inactifs et les personnes vulnérables.</p>		Même définition de l'embonpoint et de l'obésité			
CG48 (2007)	Infarctus du myocarde (IM)	Prévention secondaire	<p>Incidence des IM (/100 000): 600 pour les hommes et 200 pour les femmes entre 30 et 69 ans</p> <p>Taux d'incidence annuel des IM : 2,4</p>	<p>1) Pour les patients ayant eu un IM dans les 3 mois et qui n'atteignent pas le niveau de 7 g d'acides gras Oméga-3 par semaine, il faut considérer prescrire, durant une période pouvant aller jusqu'à 4 ans, au moins 1 g par jour d'esters éthyliques d'acides Omega-3 indiqués pour la prévention secondaire post-infarctus.</p> <p>2) Tous les patients (peu importe leur âge) devraient recevoir des conseils sur et offert la possibilité de participer à un programme de réadaptation cardiaque avec une composante exercice physique.</p> <p>3) Des rappels comme des appels téléphoniques, des appels téléphoniques en plus d'un contact direct avec un professionnel de la santé ou du courrier et lettres d'information devraient être utilisés dans le but d'améliorer l'adhérence au programme de réadaptation cardiaque.</p> <p>4) Pour les patients qui ont eu un IM aigu et qui ont des symptômes et/ou des signes d'insuffisance cardiaque et de dysfonction ventriculaire gauche systolique, un traitement avec un antagoniste de l'aldostérone indiqué dans le traitement de l'insuffisance cardiaque post-infarctus devrait être initié dans les 3-14 jours suivants l'IM, de préférence après la thérapie avec l'inhibiteur de l'ECA.</p>	<p>Coût net (coût des oméga-3 moins les économies en termes d'IM évités) = 5,3 M€ l'année 1, 10,04 M€ l'année 2 et 14 M€ l'année 3.</p> <p>Coût net (coût du programme moins les économies en termes d'IM évités) = 18,6 M€</p> <p>Coût net (coût des antagonistes de l'aldostérone moins les économies en termes d'hospitalisations évitées) = 19,3 M€ l'année 1, 36,4 M€ l'année 2 et 51,4 M€ l'année 3.</p>	<p>Taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation 2008-2009; Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants = 221 (Québec) et 217 (Canada)</p>	<p>Coût net total = 15,0 M€ l'année 1, 21,3 M€ l'année 2 et 26,9 M€ l'année 3.</p>	<p>Ajusté en fonction de la PPP en santé (source OCDE): 1,25 \$ CAN = 1 \$ US et 0,537 £ = 1 \$ US. Ajusté en fonction de la population totale : 61,8 M pour l'Angleterre et 7,7 M pour le QC. Pas ajusté en fonction de l'incidence des IM au Québec car données non comparables</p>

				5) Il devrait être offert à tous les patients une évaluation pour déterminer si une revascularisation coronaire est appropriée. Ceci devrait tenir compte de la comorbidité.	Coût supplémentaire = 8,5 M€ Coût net total = 51,8 M€ l'année 1, 73,5 M€ l'année 2 et 92,8 M€ l'année 3.			
CG59 (2008)	Arthrose	Traitement et prise en charge chez l'adulte	<p>Incidence de l'arthrose du genou : 0,75 % (80 213 femmes et 70 448 hommes)</p> <p>Prévalence de l'arthrose : 18 % pour les femmes (1,9 M de femmes) et 9,6% pour les hommes (901 730 hommes)</p>	<p>1) Référer pour le lavage et le débridement arthroscopique ne devrait pas être offert dans le traitement de l'arthrose, à moins que la personne souffre d'arthrose du genou avec un historique clair de blocage mécanique.</p> <p>2) Les professionnels de la santé devraient considérer offrir des AINS topiques/locaux pour le soulagement de la douleur en plus du traitement principal pour les personnes atteintes d'arthrose du genou ou de la main. Les AINS topiques et/ou le paracétamol devraient être considérés avant les AINS oraux/inhibiteurs de la Cox-2 ou les opioïdes.</p> <p>3) Lorsque offert un traitement avec un AINS oral/inhibiteur de la Cox-2, le premier choix devrait être soit un AINS standard ou un inhibiteur de la Cox-2 (autre que l'étoricoxib 60 mg). Dans les deux cas, ils devraient être prescrits avec un inhibiteur de la pompe à protons, en choisissant celui au plus bas prix.</p>	<p>Coût supplémentaire = 8,5 M€</p> <p>Coût net total = 51,8 M€ l'année 1, 73,5 M€ l'année 2 et 92,8 M€ l'année 3.</p> <p>Épargne nette par année (Coût des AINS et des inhibiteurs de la pompe à protons moins traitement invasif pour l'arthrose du genou et les AINS oraux) = 7,3 M€</p>		Épargne nette par année (Coût des AINS et des inhibiteurs de la pompe à protons moins traitement invasif pour l'arthrose du genou et les AINS oraux) = 2,1 M€	<p>Ajusté en fonction de la PPP en santé (source OCDE): 1,25 \$ CAN = 1 \$US et 0,537 £ = 1 \$ US. Ajusté en fonction de la population totale : 61,8 m pour l'Angleterre et 7,7 M pour le QC. Pas ajusté en fonction de l'incidence de l'arthrose au Québec car données non comparables</p>
CG69 (2008)	Infections de l'appareil respiratoire	Prescription d'antibiotiques	Les infections de l'appareil respiratoire sont la cause de 60 % des prescriptions d'antibiotiques.	Il n'est pas recommandé de prescrire des antibiotiques ou il est recommandé de retarder la prescription d'antibiotiques dans les cas suivants : otite moyenne aiguë, mal de gorge/pharyngite/amygdalite aiguë, rhume, sinusite, bronchite/toux aiguë.	Le coût annuel actuel moins le coût annuel futur des antibiotiques = -3,7 millions £		Épargne annuelle = 1,1 M\$ CAN	<p>Ajusté en fonction de la PPP en santé (source OCDE): 1,25 \$CAN = 1 \$ US et 0,537 £ = 1 \$ US. Ajusté en fonction de la population totale : 61,8 M pour l'Angleterre et 7,7 M pour le QC. Pas ajusté en fonction de l'incidence des infections respiratoires au Québec car données non comparables.</p>