

Tirer de la valeur des régimes de médicaments privés : Voir au-delà du seul coût.



Partie 2 de 2 de la série.

Introduction

L'éventail des médicaments en émergence comprend de nouveaux traitements plus spécialisés et dispendieux pour soigner diverses maladies. Le coût parfois élevé de ces thérapies pose un défi aux preneurs de régimes souhaitant fournir aux assurés un régime complet et pérenne, ce qui peut compliquer les décisions concernant le remboursement. S'il est nécessaire pour les preneurs de régime de comprendre l'impact financier de l'ajout d'un médicament à leur régime, il importe également d'évaluer si le coût d'un nouveau produit présente un bon rapport qualité-prix. Par exemple, un médicament plus dispendieux pourrait prolonger la survie, améliorer la productivité ou réduire le nombre de cas d'invalidité. Cette analyse coût-efficacité est une approche relativement nouvelle pour les assureurs privés canadiens et constitue un élément du processus d'évaluation amélioré des médicaments mis en œuvre par TELUS Santé afin d'aider les preneurs à obtenir un bon rapport qualité-prix pour leurs dépenses de médicaments. L'analyse coût-efficacité considère les coûts par rapport à l'efficacité des thérapies pour juger si celles-ci apportent des avantages à la mesure de la dépense supplémentaire. L'objectif n'est pas de trouver l'option la moins chère mais plutôt d'établir quel traitement représente l'usage le plus efficace des sommes investies. Un médicament peut être dispendieux mais constituer néanmoins une option coût-efficace. En permettant d'identifier les thérapies coût-efficaces, l'analyse peut aider à concevoir un régime fondé sur des données probantes et offrant un bon rapport qualité-prix.

Bien qu'il existe des lignes directrices sur la manière de faire une analyse de coût-efficacité dans la perspective des régimes publics de médicaments, la perspective des régimes privés exige l'inclusion d'éléments distincts et d'éviter certaines approches. Ce document d'orientation a pour objectif de guider ceux qui conçoivent des analyses de coût-efficacité afin de les rendre crédibles et pertinentes pour les régimes privés, que soit standardisées l'information économique ainsi que les méthodes et la manière de les présenter. L'objectif ultime étant de faciliter une prise de décision éclairée par les administrateurs de régimes privés. Les analyses de coût-efficacité présentées dans les dossiers de soumission aux assureurs privés devraient suivre les recommandations de ce document ainsi que des [Lignes directrices de l'évaluation économique des technologies de la santé au Canada, 4e édition](#), publiées par l'Agence des médicaments et des technologies de la santé au Canada (ACMTS). L'utilisation d'une approche standardisée améliore la transparence du processus et augmente le degré de confiance et la pertinence des résultats pour un régime privé dans sa prise de décision. Ces lignes directrices pourront être réévaluées et modifiées au besoin.

On notera que cet article est la partie 2 de 2 d'une série suite à la publication de nos [Lignes directrices sur l'élaboration d'une analyse d'incidence budgétaire \(AIB\)](#).

Perspective du régime privé

Lorsqu'on effectue une analyse de coût-efficacité, les éléments de coûts à inclure devraient être pertinents au contexte du décideur. Les administrateurs de régimes publics auront tendance à se préoccuper des coûts du système public de santé tels que les hospitalisations ou les visites chez le médecin, tandis que les preneurs de régimes privés seront plus sensibles au coût du médicament et à son impact sur la productivité des travailleurs, la réduction de l'absentéisme, ou la possibilité d'éviter un épisode d'invalidité. Autrement dit, les objectifs d'un régime public ou privé vont changer en fonction de la population couverte et de la nature des avantages escomptés.



Bien qu'il ne soit pas nécessaire de créer de toutes pièces un nouveau modèle économique pour les régimes privés, certaines adaptations devraient être faites à ce qui est soumis à un assureur privé. Une adaptation assez simple à mettre en place serait l'ajout d'une option pour éliminer du modèle tous les coûts financés par le système public de santé. De surcroît, on notera que le point de référence d'un régime privé n'équivaut pas par défaut à une perspective sociétale. Par exemple, les frais déboursés par le patient (ex. : déplacements, stationnement, hôtel) et le fardeau de l'aidant naturel ne sont généralement pas pertinents. On recommande aux fabricants d'inclure le coût d'autres éléments pouvant être affectés. Rappelons-nous que, la plupart du temps, le preneur de régime est en définitive un employeur ou une organisation qui paie des avantages sociaux pour ses employés ou membres. Ainsi, dans la mesure du possible, il est utile d'inclure les coûts des pertes de productivité dans l'analyse (absentéisme, présentéisme), les coûts d'invalidité, des soins complémentaires (ex. : chiropractie, physiothérapie, massothérapie), d'équipement d'assistance, de réadaptation ou des coûts de soins à l'extérieur de l'hôpital non financés par le système public de santé.

Coûts des pertes de productivité

Les fournisseurs d'assurances collectives doivent démontrer que leurs solutions, telles que les régimes de médicaments, contribuent positivement aux opérations d'une entreprise ou d'un organisme, comme par exemple en augmenter la productivité ou réduire le nombre de jours de maladie (absentéisme). Toutefois, ces aspects ne sont pas toujours inclus dans les analyses pharmacoéconomiques soumises aux régimes privés et quand ils le sont, ils n'adoptent pas toujours leur perspective. Par exemple, il est normalement indiqué d'exclure les pertes de productivité des aidants naturels dans la perspective des régimes privés puisqu'il est improbable que la personne malade ainsi que son aidant aient le même employeur, en particulier si le patient est un adulte. À l'inverse, si un médicament traite une maladie infantile associée à une morbidité considérable exigeant que les parents y consacrent beaucoup de temps, il serait alors logique d'inclure la perte de productivité de l'aidant naturel, car l'enfant ne serait pas la personne qui occupe un emploi. On notera à l'inverse que, dans une perspective sociétale, la productivité du patient et de son aidant naturel seront toutes deux pertinentes.

Lorsqu'un patient quitte le marché du travail en raison d'une maladie, les pertes de productivité devraient être estimées avec l'approche du « coût de friction », c'est-à-dire une période de friction représentant un délai raisonnable entre le moment où l'individu quitte l'organisation et le moment où un remplaçant a été trouvé et est complètement fonctionnel. Pour les postes de faible qualification, ce délai pourrait correspondre tout au plus à quelques semaines, alors que pour des postes hautement qualifiés, il pourrait être de six, voire de douze mois. Une période de friction de trois mois est communément utilisée dans les analyses. On notera au passage que l'approche du coût de friction entraînera des pertes de productivité plus limitées comparativement à l'approche du capital humain qui, elle, suppose une perte permanente et qui s'avérera plus adéquate dans une perspective sociétale (une perte permanente pour la société). L'approche du capital humain est inappropriée dans la perspective d'un régime privé puisqu'il est attendu qu'un travailleur perdu soit éventuellement remplacé.

Pour estimer la perte de productivité d'un patient qui quitte prématurément le marché du travail, l'approche du coût de friction est plus adaptée à la perspective d'un régime privé – l'approche du capital humain peut être présentée comme information complémentaire. L'approche du capital humain considère toute heure non travaillée comme une heure perdue tandis que l'approche du coût de friction adopte la perspective d'un employeur preneur de régime qui considère que les heures non travaillées cessent d'être perdues au moment où un remplaçant est en poste.

Coût d'acquisition du médicament/posologie

Comme recommandé auparavant pour les analyses d'incidence budgétaire, la dose du médicament devrait idéalement être calculée directement à partir des données cliniques. Dans certains cas, lorsqu'il existe plusieurs traitements de comparaison, il peut être préférable d'appliquer la posologie de la monographie de produit et d'ajuster ensuite pour l'intensité relative de la dose (si applicable). Appliquer l'intensité relative de la dose observée dans les essais cliniques est acceptable dans la mesure où cette modification est appliquée à tous les traitements de l'analyse, pas seulement au nouveau médicament, ce qui réduirait artificiellement son coût et entraînerait un biais dans l'analyse.

Pour estimer la durée d'un traitement, on devra appliquer la durée moyenne et non pas la durée médiane. L'emploi de la médiane entraîne souvent une sous-estimation du coût d'un traitement.

Il est important de fournir des renseignements détaillés sur la manière dont les coûts annuels de traitement ont été calculés pour qu'ils puissent être validés par l'examineur du dossier. Il va sans dire que la méthode utilisée pour calculer les coûts devrait être cohérente entre l'analyse coût-utilité et l'analyse d'incidence budgétaire.

Traitements de comparaison appropriés et couverture

Comme indiqué dans les lignes directrices de TELUS Santé sur l'élaboration d'une analyse d'incidence budgétaire (AIB), l'inclusion de traitements de comparaison appropriés est essentielle pour que le modèle de coût-efficacité soit pertinent aux administrateurs de régimes privés. Les traitements de comparaison doivent être représentatifs de la pratique des soins au Canada pour la population visée (ex. : inclure les produits utilisés hors indication si pertinents). Les produits n'étant pas utilisés dans la pratique devraient être exclus. Étant donné que la liste de médicaments remboursés peut varier d'un régime privé à l'autre, il sera utile d'ajouter l'option dans le modèle d'inclure/exclure des traitements de comparaison (ex. : certains traitements administrés à l'hôpital peuvent ne pas être remboursés par un régime privé). Par ailleurs, puisque l'analyse coût-efficacité vise à présenter l'analyse la plus pertinente possible pour un régime privé, l'analyse de base devrait considérer que les traitements financés par le système public de santé puissent ne rien coûter aux régimes privés. C'est une situation fréquente pour les médicaments sous perfusion intraveineuse utilisés en oncologie. Cela dit, l'approche privilégiée sera d'avoir la flexibilité d'inclure/exclure des traitements de comparaison puisque certaines cliniques privées peuvent administrer des médicaments sous perfusion intraveineuse payés par des régimes privés.

Extrapolation

Lorsque des données collectées à court terme doivent être extrapolées à long terme sur l'horizon temporel d'un modèle économique, on doit estimer la progression naturelle de la maladie et l'efficacité de l'intervention sous analyse. On recommande que l'horizon temporel du modèle soit assez long pour capturer adéquatement les différences potentielles de coûts et d'efficacité entre les divers traitements. Or, l'extrapolation à long terme au-delà de la durée d'un essai clinique génère de l'incertitude. Les fabricants devraient évaluer la pertinence d'un horizon temporel, en particulier si, au-delà d'un certain point, on n'observe pas de différences notables de coûts et d'efficacité entre les interventions (ex. : convergence des trajectoires cliniques). La justification de la plausibilité d'une extrapolation peut se référer à des sources de données externes, la biologie ou l'avis d'experts cliniques. Il est inapproprié de tout bonnement présumer que l'efficacité relative des interventions sera maintenue à long terme sans justification préalable.

On doit aussi tenir compte que la démographie des régimes privés pose certaines limites à la durée de l'horizon temporel. Ce type de régime couvre principalement une population active de moins de 65 ans et leurs personnes à charge. Les personnes âgées de plus de 65 ans sont généralement assurées par un régime public. Elles ne représenteront communément que tout au plus 10% des assurés des régimes privés. Pour les administrateurs de régimes privés, un horizon temporel se prolongeant largement au-delà de ce seuil de 65 ans d'âge devient de moins en moins pertinent parce que les âges avancés ne reflètent pas le profil des assurés. Autrement dit, un horizon temporel viager n'est pas nécessairement approprié et il est suggéré d'avoir la possibilité de réduire l'horizon dans le modèle.





Qualité de vie

Tel que mentionné dans les lignes directrices de l'ACMTS, il est préférable d'estimer les valeurs d'utilité utilisées dans les analyses de coût-utilité à partir de mesures représentatives de la population canadienne en général. Lorsqu'on applique la notion d'utilité, le même état de santé devrait normalement correspondre à la même valeur d'utilité. Pour un même état de santé, différencier les valeurs d'utilité en fonction du traitement administré est discutable et peut être source de biais si ladite valeur d'utilité varie de manière importante. La perte de qualité de vie associée avec la toxicité ou les effets secondaires de certains traitements devrait normalement être estimée séparément en incluant une réduction d'utilité (désutilité) associée à ce type d'événement.

Il n'est pas non plus jugé approprié d'estimer les valeurs d'utilité en fonction du moment du décès, surtout si la survie des patients dépasse l'horizon temporel. En effet, tous les patients finiront éventuellement par mourir. Cette approche comporte un potentiel biais en faveur du nouveau médicament et serait plutôt à proscrire. Sans compter que le calcul de l'utilité en fonction du moment du décès n'est pas harmonisé avec la plupart des études de coût-efficacité soumises aux régimes privés, qui estiment la valeur d'utilité en fonction de l'état de santé (ex. : en oncologie, préprogression vs post-progression). Cela introduit un élément d'incertitude supplémentaire venant compliquer la prise de décision.

Conclusion

Les analyses de coût-efficacité peuvent servir à évaluer la valeur de nouveaux médicaments et éclairer la prise de décision quant à leur remboursement. Alors que les régimes publics de médicaments utilisent les rapports de coût-efficacité différentiels (RCED) depuis des décennies pour appuyer leurs décisions de remboursement, il est hasardeux de transposer directement des résultats obtenus dans une perspective publique à la prise de décision des régimes privés. Les régimes publics et privés couvrent des populations différentes, ont des objectifs distincts et ne considéreront pas nécessairement les mêmes éléments dans leur processus d'attribution de valeur à un nouveau médicament. En adaptant les analyses à la perspective des régimes privés, les preneurs de régime auront une confiance accrue dans les résultats et pourront effectuer des évaluations de meilleure qualité fondées sur des preuves.

Auteurs

Daria O'Reilly, PhD, MSc

Richard Lavoie, M. Sc.

Contributeurs

Doug Coyle

Katherine Coyle