

Prendre en compte l'effet d'apprentissage médical

Les traitements coûteux en fin de vie suscitent souvent l'incompréhension du public. Or, les enseignements tirés de nouveaux types de maladies sont essentiels pour la médecine. La Covid-19 en est un bon exemple. *Beat Hintermann, Matthias Minke*

Abrégé Les mesures de maîtrise des coûts dans le domaine de la santé en Suisse incitent à se demander quelles dépenses de santé sont raisonnables d'un point de vue global. Au-delà des critères purement médicaux, cette réflexion s'étend à l'efficacité économique. Une étude s'est intéressée aux dépenses de santé en fin de vie. Il apparaît que les effets dynamiques doivent également être pris en compte dans les procédures d'approbation ou de rejet de nouvelles thérapies, notamment « l'apprentissage par la pratique » appliqué aux maladies difficilement guérissables. Une intervention qui semble à première vue économiquement discutable peut aboutir à de meilleurs résultats pour des traitements ultérieurs, et donc s'avérer utile à long terme. Ce processus d'apprentissage est clairement visible depuis le début de la pandémie de Covid-19.

Les traitements médicaux en fin de vie sont coûteux. Aux États-Unis, on estime qu'un quart des dépenses de santé des retraités sont engagées lors de leur dernière année de vie¹. Sur l'ensemble du cycle de vie, ce chiffre se situe entre 9 et 11 % dans les pays industrialisés². En Suisse, au moins 30 000 francs sont en moyenne dépensés pour des traitements en fin de vie, une estimation prudente qui n'inclut que les coûts directement couverts par l'assurance-maladie³.

Les traitements en fin de vie sont un important facteur de coûts dans le système de santé suisse. Une étude⁴ faisant partie intégrante du projet national de recherche « Fin de vie » (PNR 67) a passé en revue les coûts et les avantages de ces traitements.

L'étude part de l'observation que les causes de décès les plus courantes (cancers et maladies cardiovasculaires) évoluent avec le temps (voir *illustrations 1 à 3*, p. 24). En Suisse, 30 % des femmes et 20 % des hommes meurent du cancer, contre respectivement 21 % et 13 % dans les années 1970. On observe une tendance inverse pour les maladies cardiovasculaires : 48 % des femmes et 43 % des hommes mouraient de

cette affection en 1970, contre 28 % seulement aujourd'hui pour les deux sexes. Dans le même temps, le taux de mortalité standardisé a considérablement diminué au cours de ces dernières décennies.

La médecine parvient donc à guérir des maladies auparavant mortelles, ou du moins à réduire la mortalité. Mais nous mourons tous tôt ou tard et de nouvelles maladies telles que des formes inédites de cancer ou des infections causées par des germes multirésistants prennent maintenant le relais des anciennes.

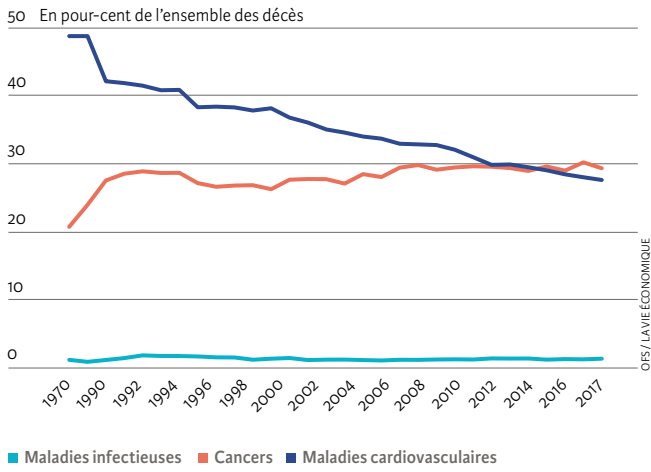
Apprendre par la pratique

Comme le traitement des nouvelles maladies est empreint d'incertitudes, l'apprentissage par la pratique joue un rôle essentiel en médecine. Pour quels patients une chimiothérapie est-elle utile et comment faut-il l'appliquer ? Quand une radiothérapie est-elle indiquée, et dans quels cas un traitement offre-t-il les meilleures chances de succès si l'intervention chirurgicale est pratiquée plus tôt ? La multiplication des interventions permet aux médecins d'acquérir de l'expérience et de mieux évaluer les avantages et inconvénients des différents traitements. Les techniques chirurgicales ont ainsi pu être améliorées grâce à l'adoption d'approches moins invasives, avec des effets positifs sur la qualité de vie.

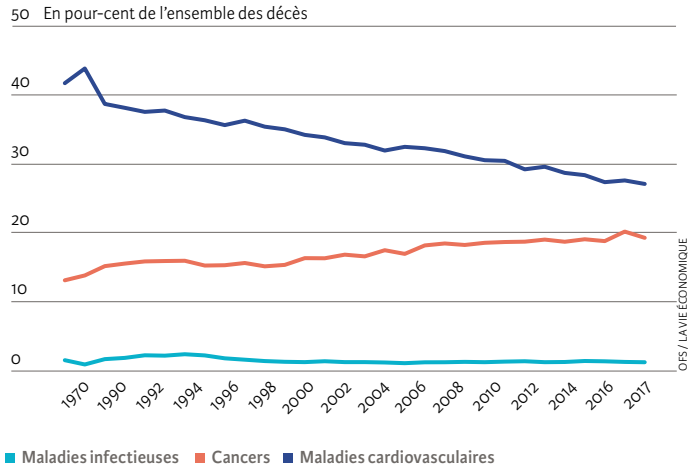
Deux conclusions majeures peuvent être tirées de l'étude. Premièrement, le choix de l'intensité d'un traitement devrait dépendre du bénéfice attendu. Autrement dit, les ressources limitées du système de santé doivent être mobilisées là où elles ont le plus de chances d'accroître l'espérance de vie et la qualité de vie des patients.

1 Riley et Lubitz (2010).
2 French et al. (2017).
3 Panczak et al. (2017). Sans la participation cantonale aux coûts hospitaliers. Voir aussi Zimmermann et al. (2019).
4 Minke et Hintermann (2018).

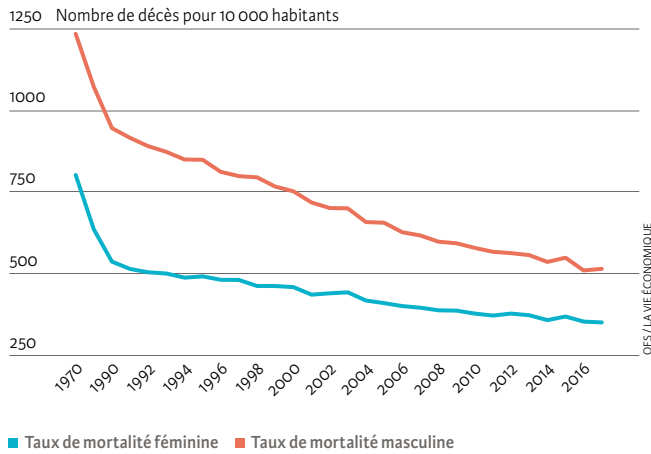
III. 1. Causes de décès chez les femmes en Suisse



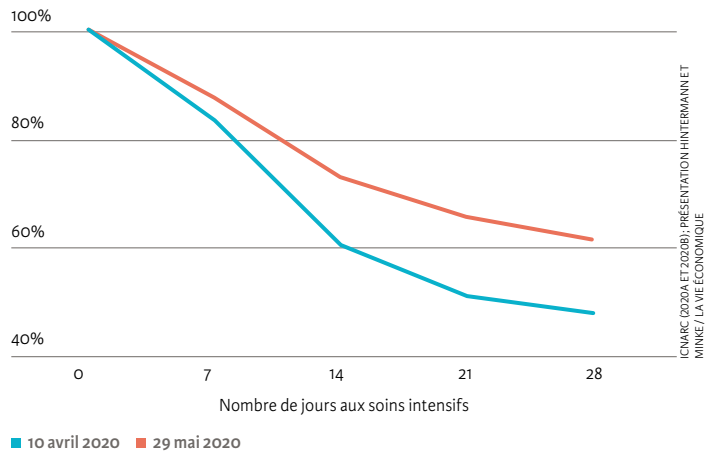
III. 2. Causes de décès chez les hommes en Suisse



III. 3. Taux de mortalité des hommes et des femmes en Suisse



III. 4. Taux de survie de patients atteints par la Covid-19 dans les unités britanniques de soins intensifs



III. 4: le graphique représente le taux de survie observé en Grande-Bretagne selon le nombre de jours passés aux soins intensifs, calculé respectivement le 10 avril et le 29 mai 2020.

Deuxièmement, la décision d'administrer un traitement ou non doit tenir compte des effets d'apprentissage possibles. D'un point de vue social, une intervention apparemment sans espoir peut toujours être utile si elle améliore les futurs traitements. Dans la mesure où l'apprentissage joue un rôle, une comparaison entre les dépenses de santé et la « valeur des années de vie statistiques » – une mesure économique souvent utilisée⁵ – est insuffisante. Comme les traitements en fin de vie portent souvent sur des problèmes de santé qui ne sont pas (encore) entièrement compris, nous nous attendons à un effet d'apprentissage particulièrement important dans ce domaine.

5 La valeur d'une année de vie statistique (VAVS) mesure le consentement à payer par unité de réduction de risque de mortalité.
6 Tumorregister München (2020).

L'apprentissage dans la pratique médicale quotidienne peut améliorer les chances de succès des traitements ultérieurs d'une même maladie ou d'autres affections. Les progrès dans le traitement des patients atteints de cancer sont un exemple des bienfaits de l'apprentissage « interne ». Alors qu'il y a 25 ans, seuls 70 % des patientes atteintes d'un cancer du sein vivaient encore dix ans plus tard, cette proportion avoisine aujourd'hui les 80%⁶. Bien que ce succès soit en grande partie dû à l'amélioration de la détection précoce et à la mise au point de médicaments plus efficaces, il est évident que l'apprentissage par la pratique

y a contribué. À l'instar d'autres spécialistes, les médecins expérimentés ne tombent pas du ciel.

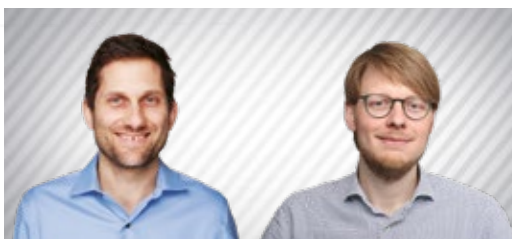
Des progrès fulgurants en lien avec le coronavirus

La maladie respiratoire Covid-19 illustre bien le propos. Alors que la plupart des patients mouraient dans les unités de soins intensifs au début de l'épidémie, le taux de survie a ensuite constamment augmenté. Au Royaume-Uni, il s'est ainsi régulièrement amélioré pour les patients ayant passé 28 jours dans ces unités. Alors qu'un rapport daté du 10 avril établissait que seulement la moitié des patients étaient encore en vie après quatre semaines, ce chiffre atteignait 63 % fin mai (voir *illustration 4*). Il est certes trop tôt pour porter un jugement définitif, mais la connaissance acquise par les médecins et le personnel de soin au contact des patients atteints du coronavirus constitue l'une des raisons probables de ce progrès.

La Covid-19 montre également que l'on peut tirer des enseignements d'autres maladies. On s'est par exemple aperçu que l'évolution de la Covid-19 peut être contrariée par certains médicaments développés pour d'autres pathologies comme le Sras et le Mers, également causées par un coronavirus, mais aussi pour des maladies complètement différentes comme

le virus Ebola, le paludisme ou les thromboses. Les traitements développés pour certaines maladies s'avèrent donc souvent utiles dans d'autres domaines.

Avant la pandémie de coronavirus, de nouvelles thérapies, notamment anticancéreuses, avaient suscité le débat à cause de leur coût pouvant atteindre plusieurs centaines de milliers de francs par année de vie gagnée. À première vue, l'idée de renoncer à de nouvelles thérapies coûteuses aux succès encore médiocres peut susciter l'adhésion. Mais les avantages futurs devraient être autant que possible pris en compte lors des procédures d'homologation. La Covid-19 offre une vision « en accéléré » des processus d'apprentissage qui ont généralement cours. On ne saurait y renoncer, même dans un système de santé réformé.



Beat Hintermann

Professeur associé de finances publiques, université de Bâle

Matthias Minke

Ancien doctorant pour le PNR 67, collaborateur scientifique à l'Office de la statistique du canton de Bâle-Ville

Bibliographie

French E. B. et al. (2017). « End-Of-Life Medical Spending In Last Twelve Months Of Life Is Lower Than Previously Reported ». *Health Affairs*, 36(7), 1211–1217.

Intensive care national audit and research centre (2020a). *ICNARC report on COVID-19 in critical care, 10 April 2020*. Londres.

Intensive care national audit and research centre (2020b). *ICNARC report on COVID-19 in critical care, 29 May 2020*. Londres.

Minke M. et Hintermann B. (2018). « The value of extending life at its end: Health care allocation in the presence of learning spillovers ». *WWZ Working Paper*, 2018/15.

OFS – Office fédéral de la statistique (2020). *Statistique des causes de décès*. Neuchâtel.

Panczak R. et al. (2017). « Regional variation of cost of care in the last 12 months of life in Switzerland: Small-area analysis using insurance claims data ». *Medical Care*, 55(2), 155–163.

Riley G. F. et Lubitz J. D. (2010). « Long-term trends in Medicare payments in the last year of life ». *Health services research*, 45(2), 565–576.

Tumorregister München (2020). *Überleben ICD-10 C50: Mammakarzinom (Frauen)*.

Zimmermann M., Felder S., Streckeisen U. et Tag B. (2019). *Das Lebensende in der Schweiz – Individuelle und gesellschaftliche Perspektiven*. Éd. Schwabe Verlag.