

Établir des priorités en matière de santé : Appui aux pays du GFF

Dr. Y-Ling Chi

Conseiller technique, Économie de la santé,
Global Health and Development, Imperial College London
International Decision Support Initiative (iDSI)

Séance d'aujourd'hui

- Énoncé du problème et idées reçues
- Introduction à l'évaluation économique
- Comment utiliser une évaluation économique ?
- Évaluation des technologies de la santé
- Exercice - Étude de cas
- Discussion

Objectifs d'apprentissage

- Connaître les différents types d'évaluation économique
- Comprendre approximativement le fonctionnement de l'évaluation économique
- Comprendre ce qu'il faut lire dans un document d'évaluation économique
- Posez-moi des questions plus générales sur l'établissement des priorités

Énoncé du problème

- Les ressources sont limitées et il faut faire des choix
- S'ils ne sont pas faits ex-ante, les choix sont faits de manière ponctuelle et non transparente
- Le paysage des interventions, des services, des médicaments et des produits de base est très vaste et difficile à gérer
- Les mauvaises décisions coûtent des vies
- Les coûts d'opportunités sont plus importants lorsque l'argent manque
- Montrer le rapport qualité-prix peut contribuer à plaider en faveur d'investissements dans la santé et appuyer la mobilisation des ressources nationales
- Les réalisations techniques peuvent orienter ces choix, mais de nombreuses autres préoccupations non techniques existent

En finir avec les idées reçues (I)

Les directives au niveau mondial suffisent et nous n'avons pas besoin de données probantes au niveau local

Les normes mondiales, telles que les directives cliniques de l'OMS ou les normes émises par d'autres agences, ne tiendront pas compte des contraintes inhérentes à vos systèmes de santé locaux

- Contraintes = ressources, infrastructure, capacité d'exécution, contraintes budgétaires ou acceptabilité
- Par ex., Le trastuzumab pour le traitement du cancer du sein

En finir avec les idées reçues (2)

Établir des priorités signifie éliminer les interventions qui ne sont pas efficaces

Choix difficile car presque toutes les interventions sont efficaces d'une façon ou d'une autre (c.-à-d. qu'elles ont des effets positifs sur la santé)

... mais sont-elles SUFFISAMMENT efficaces ?

... comment se comparent-elles aux autres interventions ?

... sont-elles **financièrement** rentables ?

En finir avec les idées reçues (3)

Établir des priorités, c'est rationner, économiser de l'argent ou fournir des services au coût le plus bas possible

Les coûts unitaires représentent un des nombreux aspects dont il faut tenir compte lorsqu'il s'agit d'établir des priorités, mais ils ne doivent pas être les seuls critères pour la prise de décision.

La rentabilité implique que les coûts sont envisagés conjointement avec les effets d'une intervention.

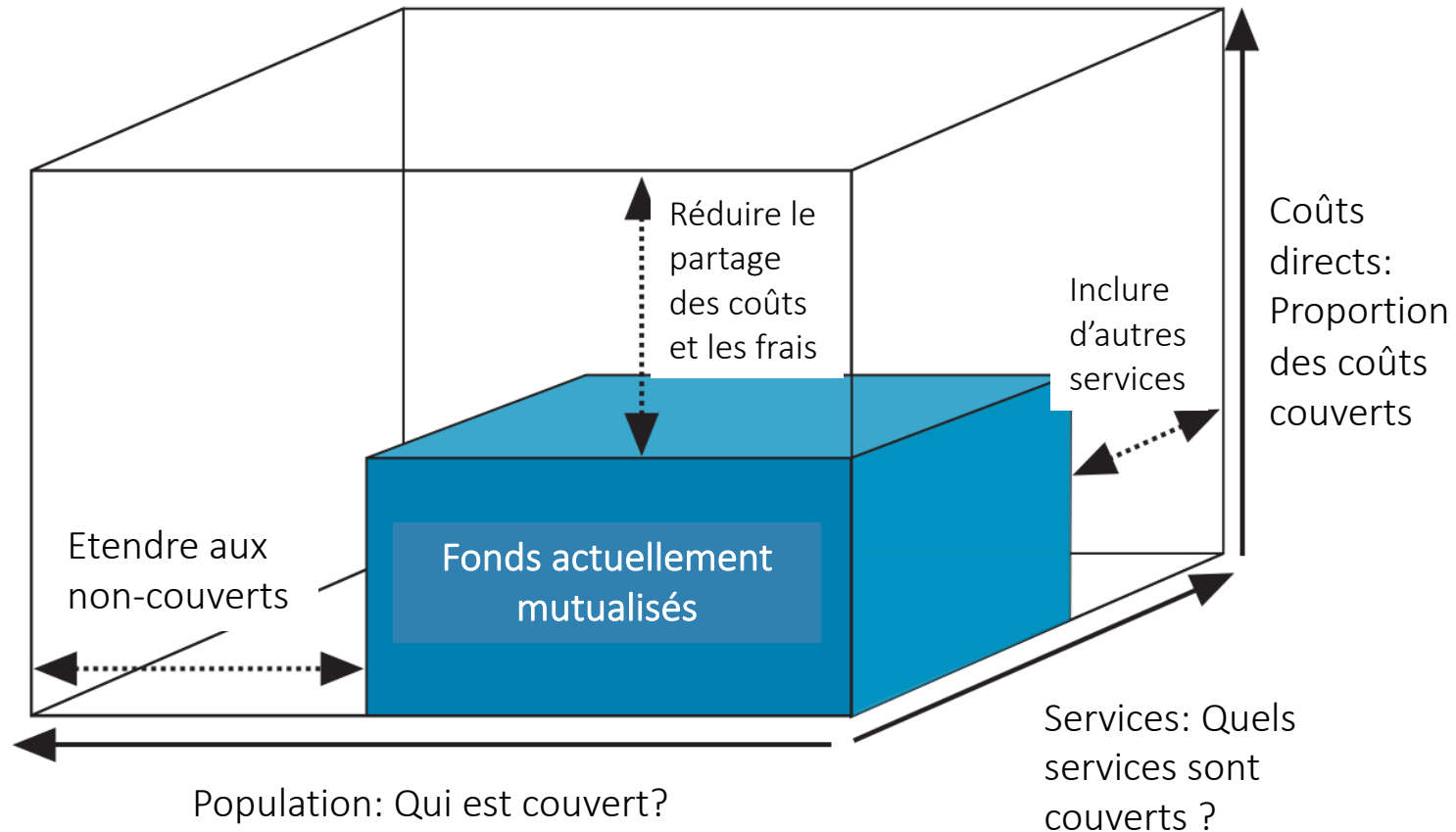
En finir avec les idées reçues (4)

Dans mon pays, le budget consacré à la santé est très faible. Je n'ai donc pas besoin de prioriser.

Dans une certaine mesure, tous les pays achètent des produits de base ou des médicaments ou dispose d'un programme minimal de couverture de santé/une liste de médicaments essentiels.

Néanmoins, le besoin d'établir des priorités devient plus important lorsque l'argent se fait rare. En effet le financement des « mauvaises » interventions peut rapidement épuiser le budget consacré à la santé.

Comment pouvons-nous progresser ?



À quel moment faut-il établir des priorités ?

**Toute décision relative à l'affectation des ressources
Tout choix dans le contexte de solutions concurrentes**

- Programme de couverture de santé / ensemble de services
- Liste de médicaments essentiels
- Au niveau des fournisseurs : investissements dans les infrastructures et dans le capital
- Vastes programmes de vaccination
- Élaboration de politiques (déploiement géographique, extension, etc.)

Types de questions

Cette intervention en vaut-elle la peine ?

En ai-je les moyens ?

?

À qui bénéficie l'intervention ?

Comment l'intervention A se compare-t-elle à l'intervention B ?

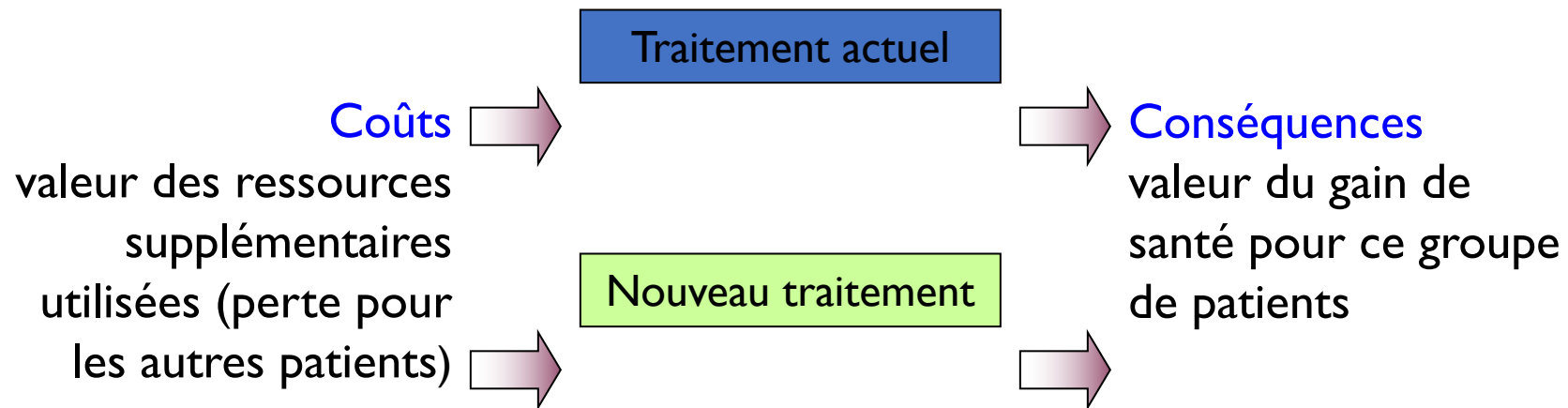
Où dois-je investir mes ressources ?

Type d'analyse	Utilisation
Analyse du coût de la maladie	Détermination de l' impact économique d'une maladie ou d'un problème de santé (généralement lié à une population, une région ou un pays donné), p. ex. le tabagisme, l'arthrite ou le diabète, y compris les coûts de traitement lui étant associés
Analyse du coût-efficacité (ACE)	Comparaison des coûts en unités monétaires par rapport aux résultats en unités quantitatives non monétaires. Lorsque les résultats font l'objet d'une mesure d'utilité telle que les années de survie ajustées pour la qualité de vie (QALY) ou les années de vie ajustée au facteur invalidité (DALY), on parle souvent « d'analyse coût-utilité » (ACU)
Analyse de l'incidence budgétaire	Peut être menée en complément d'une ACE pour déterminer l'impact de la mise en œuvre ou de l'adoption d'une technologie particulière , ou d'une politique axée sur la technologie, sur un budget donné . P. ex. pour un formulaire de médicaments ou un régime de soins de santé.
Analyse coût-conséquence	Une forme d'analyse coût-efficacité qui présente les coûts et les résultats en catégories distinctes , sans les agréger ni les pondérer
Analyse coûts-avantages	Compare les coûts et les avantages, qui sont tous deux quantifiés en unités monétaires communes

Utilisation de l'évaluation économique

« ... l'analyse comparative des différentes solutions en termes de coûts et de conséquences. »

Drummond, Stoddart & Torrance, 1987



L'analyse doit être effectuée séparément pour chaque sous-groupe de patients.

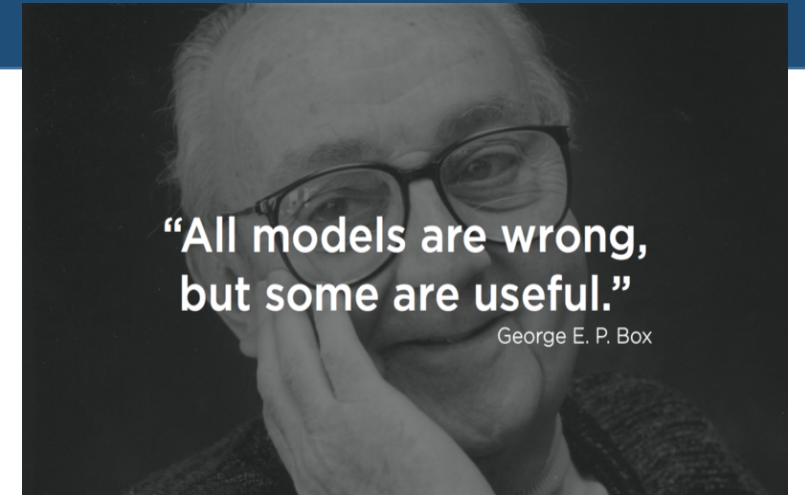
Résultat : Rapport coût-efficacité différentiel (RCED)

$$\frac{\text{coût}_{\text{nouveau}} - \text{coût}_{\text{actuel}}}{\text{Bénéfice santé}_{\text{nouveau}} - \text{bénéfice santé}_{\text{actuel}}}$$

Le « bénéfice santé » peut s'exprimer dans n'importe quelle unité de mesure qui convient à la nature de la décision ou aux besoins du décideur ; par ex., en hospitalisations évitées, nombre d'années de vie gagnées, nombre de personnes ayant reçu le traitement.

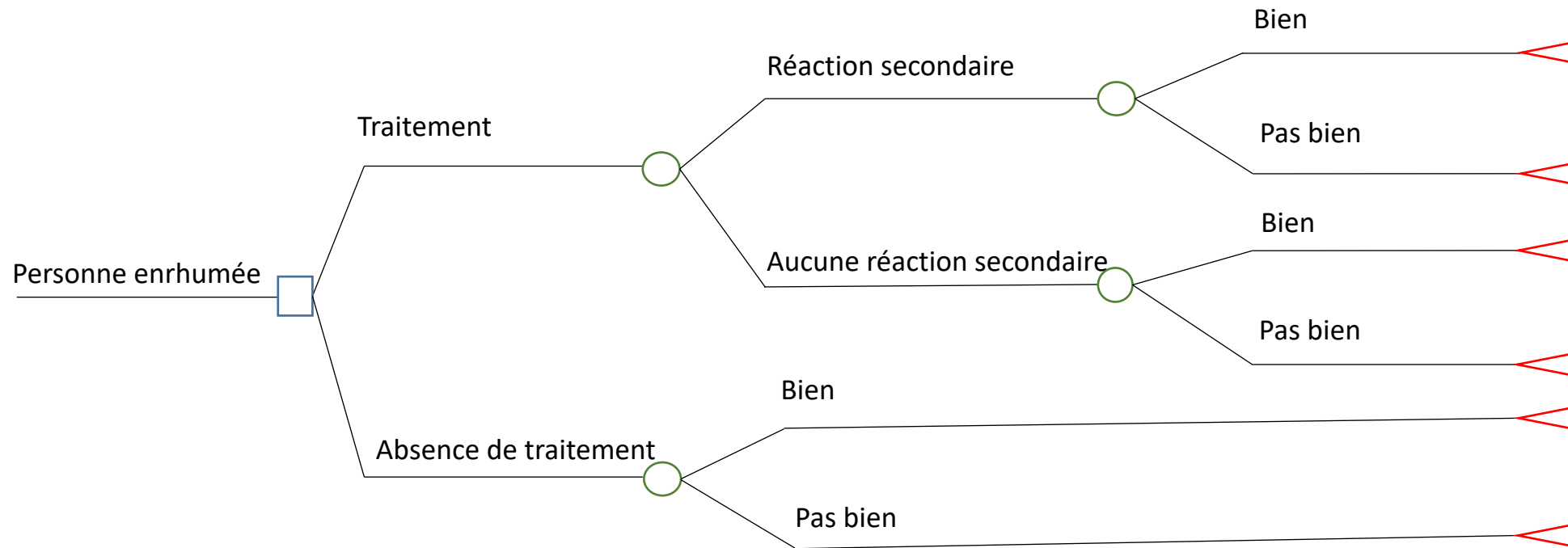
Une mesure généralisée qui tient compte de la durée et de la qualité de vie – par ex., les années de survie ajustées pour la qualité de vie (QALY) ou les années de vie ajustée au facteur invalidité (DALY) – permet de comparer les décisions et de tenir compte de la rentabilité des ressources allouées

Évaluer la santé



- Généralement à partir d'essais cliniques ou de plans quasi expérimentaux
- Les modèles décisionnels aident à extrapoler entre les résultats observés dans le cadre d'essais et les résultats à long terme
- Modèles décisionnels : généralement une simplification du monde réel; pas un raisonnement unique pour toutes les maladies
- Les mesures de la qualité de vie permettent de synthétiser et de comparer

Un modèle décisionnel simple



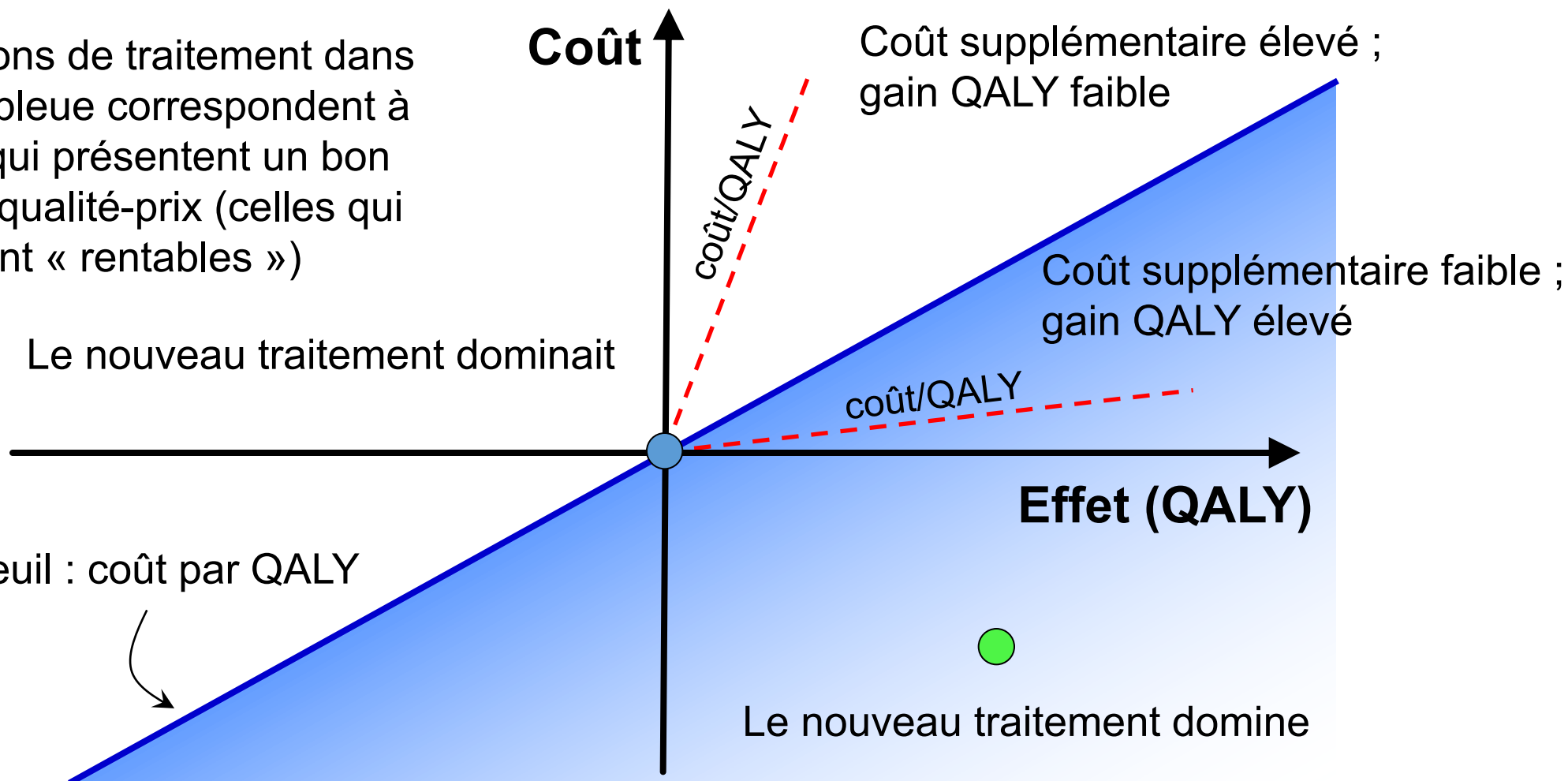
Que faire avec un RCED ?

Par ex., Avastin : 200 000/QALY (NICE, 2010)

- Comparer deux interventions pour identifier celle qui est préférable (avec les mêmes objectifs)
- Estimer la rentabilité d'une intervention en s'appuyant sur un seuil coût-efficacité
- Comparer un large éventail d'interventions

Comment utilisons-nous le RCED ? (2)

Les options de traitement dans la zone bleue correspondent à celles qui présentent un bon rapport qualité-prix (celles qui sont « rentables »)



Le nouveau traitement dominait

Coût supplémentaire élevé ;
gain QALY faible

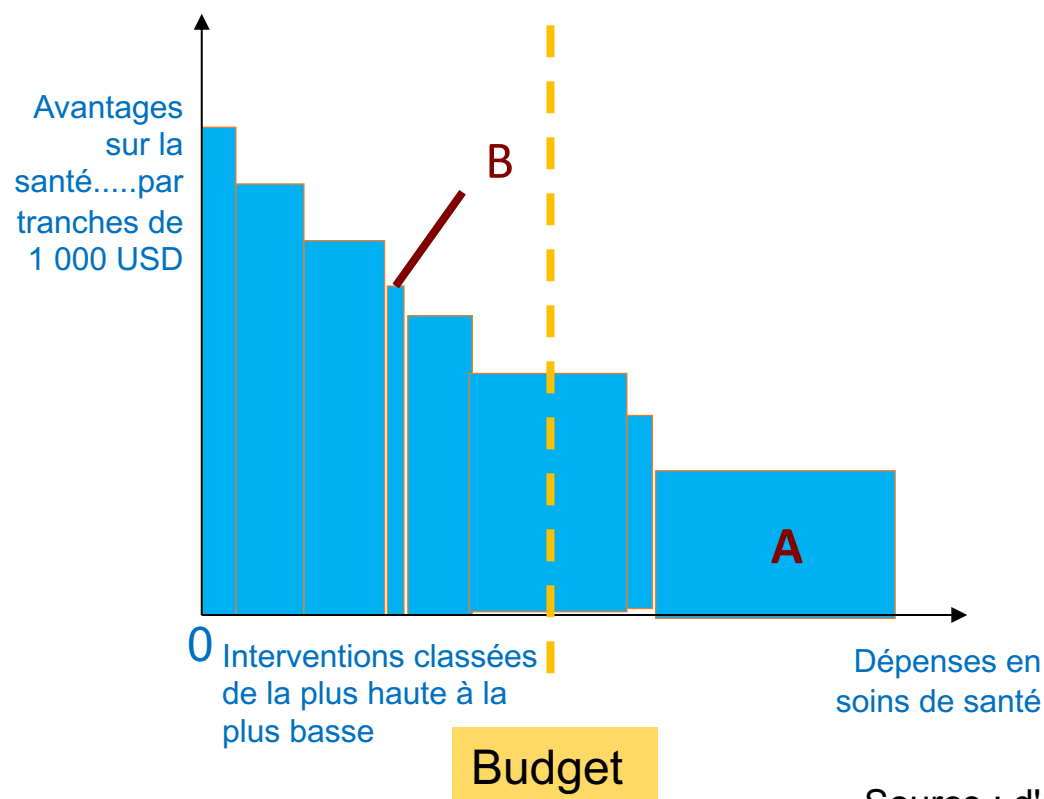
Coût supplémentaire faible ;
gain QALY élevé

Seuil : coût par QALY

Le nouveau traitement domine

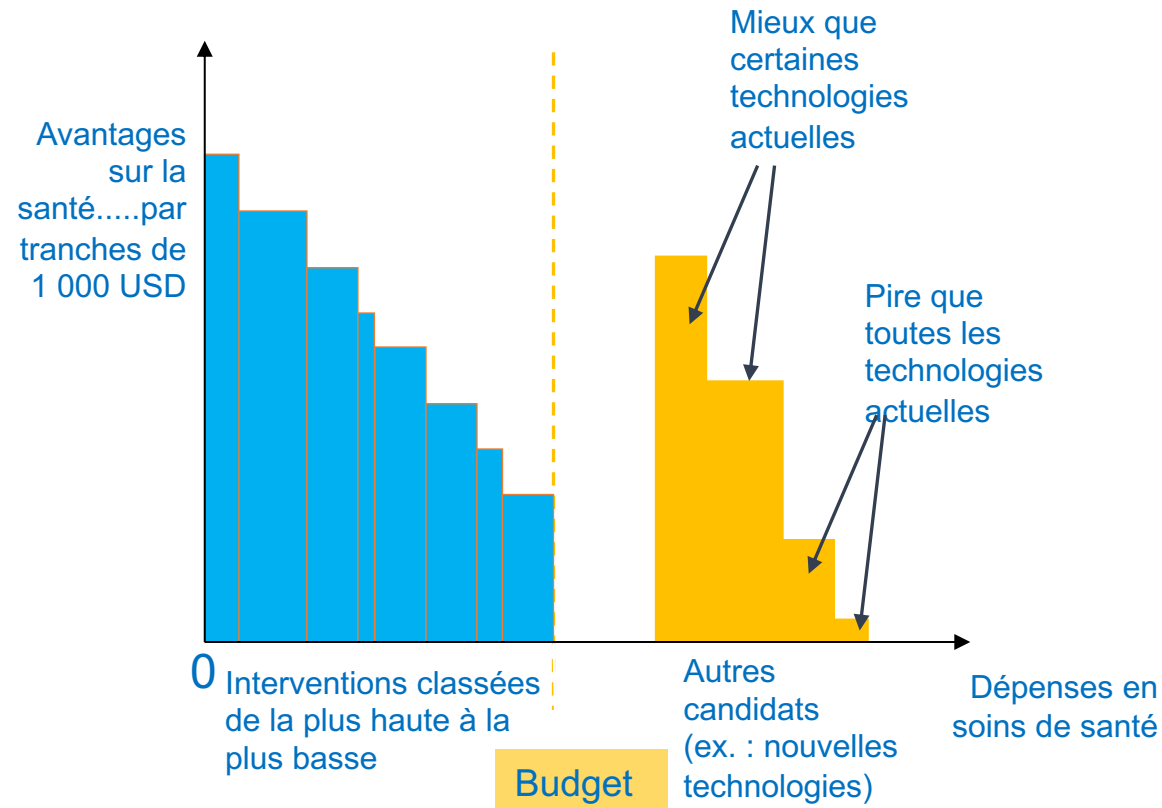
Méthode globale de l'ACE : la métaphore de la bibliothèque

La hauteur des barres correspond à la « rentabilité », la largeur des barres à l'incidence budgétaire



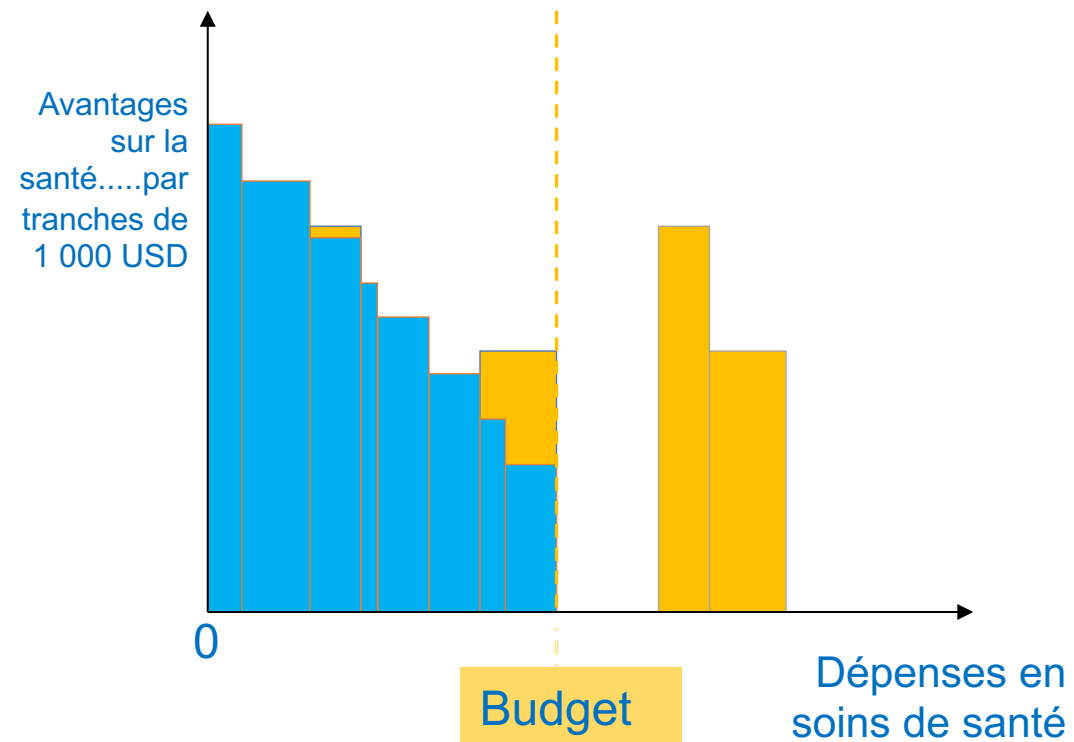
Source : d'après Culyer (2016)

Méthode globale de l'ACE : la métaphore de la bibliothèque



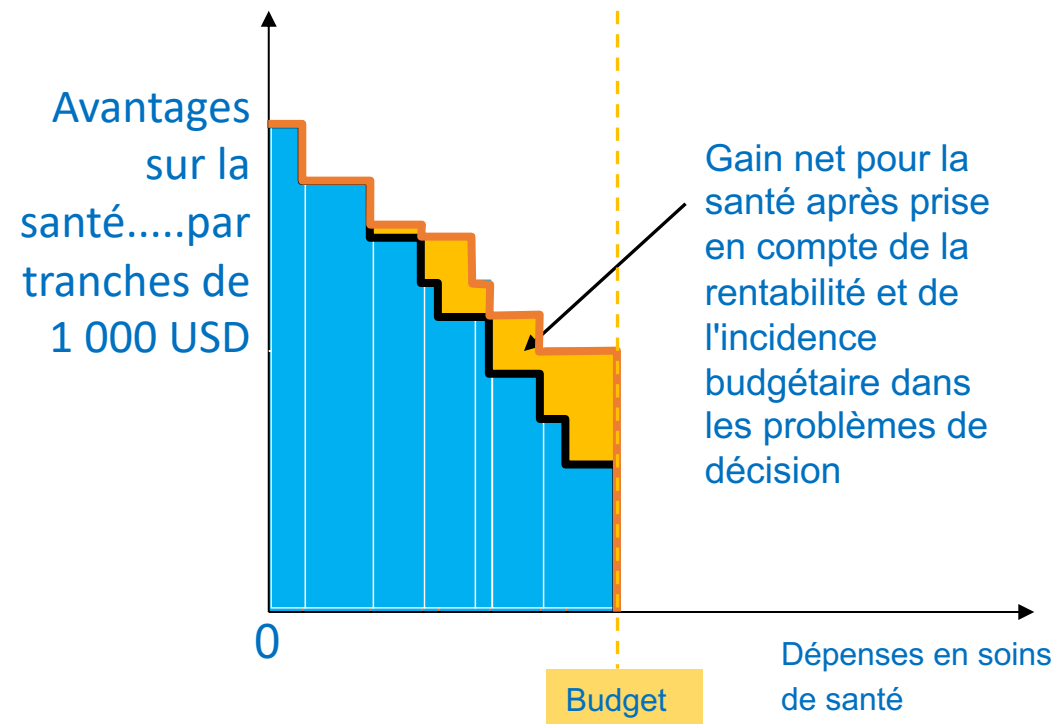
Source : d'après Culyer (2016)

Méthode globale de l'ACE : la métaphore de la bibliothèque



Source : d'après Culyer (2016)

Méthode globale de l'ACE : la métaphore de la bibliothèque



Source : d'après Culyer (2016)

Ghana : traitements de l'hypertension

- Système national d'assurance maladie soumis à une pression financière considérable : réduction des dépenses
 - 46 % du coût des indemnisations = polypharmacie, médicaments inappropriés
 - Antibiotiques et antihypertenseurs - 60 % des dépenses totales en médicaments
- Modéliser le rapport coût-efficacité de quatre médicaments de première ligne pour réduire la tension artérielle et prévenir les MCV
 - Inhibiteurs de l'ACE (ACE)
 - Bêtabloquants (BB)
 - Bloqueurs des canaux calciques (CCB)
 - Diurétiques de type thiazidiques (TZD)
 - Bloqueurs des récepteurs de l'antogénésine (BRA)
 - Aucune intervention - comparateur
- Résultats : années de vie ajustée au facteur invalidité (DALY)

Ghana (suite)

Scénarios politiques

Le passage des CCB aux TZD (changement de 10 %) pourrait permettre d'économiser 18,4 % des dépenses totales contre l'hypertension, avec toutefois une légère détérioration des résultats sur la santé

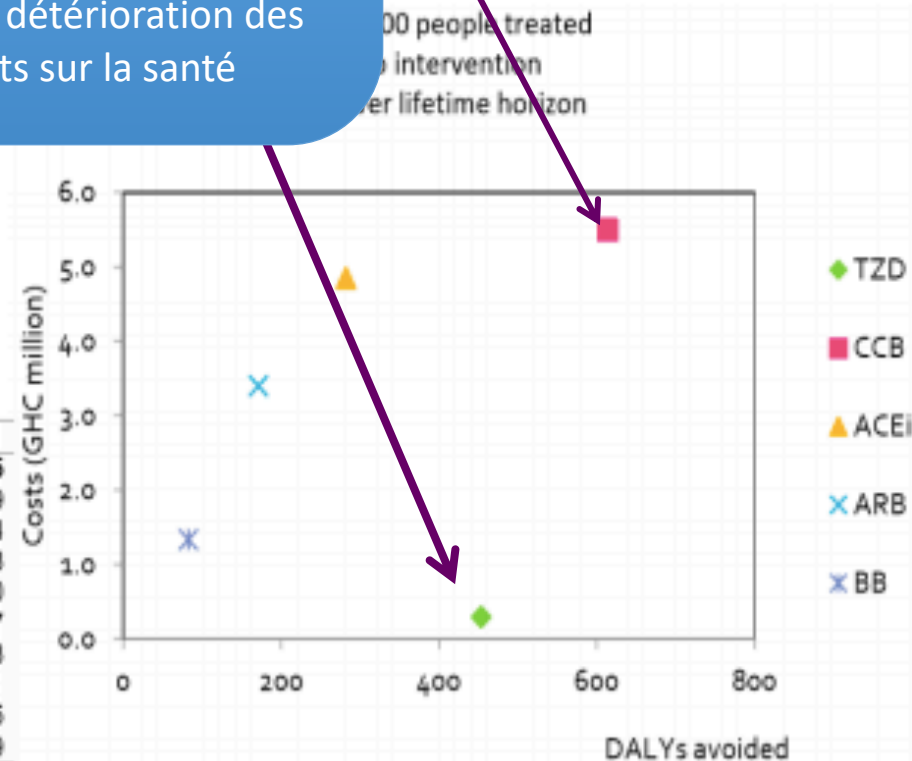
Results: ICER & bud

Incremental cost-effectiveness analysis (per

	Compared with no intervention		DALYs avoided	ICER (GHC/DALY)
	Additional cost (GHC)	DALYs avoided		
TZD	290,933	453	642	0.45
CCB	5,498,126	614	32,482	9.00
ACEi	4,847,175	282	Dominated	
ARB	3,398,147	171	Dominated	
BB	1,334,573	83	Dominated	

Budget impact over 5 years

	Total costs (GHC discounted)				
	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Year 5
NI	5,347,183	6,082,649	6,499,465	6,708,038	6,781,829
TZD	8,181,309	12,548,675	12,526,516	12,373,027	12,134,744
CCB	69,386,769	127,865,019	121,118,914	114,705,942	108,654,743
ACEi	64,168,270	117,113,688	110,582,387	104,394,251	98,589,550
ARB	47,124,757	84,772,356	80,167,115	75,758,854	71,599,337
BB	21,841,437	37,149,504	35,569,569	33,942,948	32,335,183
TZD vs NI	2,834,127	6,466,027	6,027,051	5,664,989	5,352,915
CCB vs TZD	61,205,459	115,316,343	108,592,399	102,332,914	96,519,999



Évaluation des technologies de la santé

L'ETS correspond à l'**évaluation systématique** des propriétés et des effets **directs** d'une technologie de la santé, qui abordent **les effets escomptés** de cette technologie ainsi que ses **conséquences indirectes et involontaires**, afin de principalement **éclairer la prise de décisions** sur les technologies de la santé.

L'ETS : un outil pour la prise de décision

- Façon de systématiquement documenter ce que vous voulez savoir
- De nature multidisciplinaire - Conséquence =
 - Économique
 - Équité
 - Impact budgétaire
 - Efficacité clinique
 - Éthique
- Il ne s'agit pas d'un processus normatif, elle peut inclure des considérations culturelles spécifiques

Problèmes d'évaluation économique...

- Difficile d'intégrer d'autres considérations dans une même mesure (RCED)
- Les méthodes peuvent être diverses, ce qui peut limiter la comparabilité des études
- Une évaluation économique demande du temps, des ressources et des capacités...!

Avantages de l'évaluation économique....

- De quels autres moyens disposez-vous pour comparer la valeur des interventions ?
- Structurer les discussions, faute de quoi elles seront difficiles à exploiter
- Les décisions qui reposent sur des données probantes garantissent que le processus d'affectation des ressources n'est pas influencé par des intérêts particuliers
- Les données probantes locales sont les meilleures !

Soyez pragmatique...

- Choisissez bien votre sujet : vous ne mènerez pas une évaluation économique pour tout
- Apprenez de vos pairs
- Processus d'apprentissage : renforcement des capacités du personnel local
- Utilisez un cas de référence !

Cas de référence

- Établit des normes
- Assure la comparabilité
- Archive de données sur les coûts unitaires : peut réutiliser les données d'un domaine de maladie pour un autre



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jval



The International Decision Support Initiative Reference Case for Economic Evaluation: An Aid to Thought



Thomas Wilkinson, MSc^{*1}, Mark J. Sculpher, PhD², Karl Claxton, PhD³, Paul Revill, MSc², Andrew Briggs, DPhil⁴, John A. Cairns, MPhil⁵, Yot Teerawattananon, PhD⁶, Elias Asfaw, MSc⁷, Ruth Lopert, MD, MMedSc^{8,9}, Anthony J. Culyer, BA, Hon DEcon¹⁰, Damian G. Walker, PhD¹¹

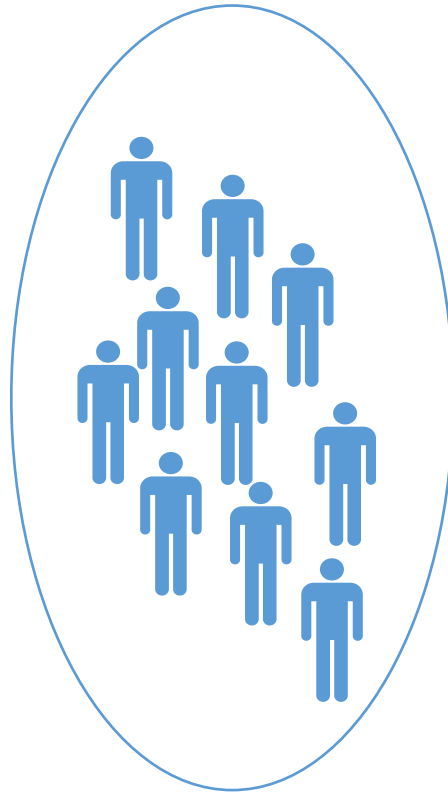
¹PRICELESS SA, Wits Rural Public Health and Health Transitions Unit, School of Public Health, University of Witwatersrand, Johannesburg, South Africa; ²Centre for Health Economics, University of York, York, UK; ³Department of Economics and Centre for Health Economics, University of York, York, UK; ⁴Institute of Health and Wellbeing, University of Glasgow, UK; ⁵Department of Health Services Research & Policy, London School of Hygiene & Tropical Medicine, UK; ⁶Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand; ⁷Economics department, University of KwaZulu-Natal, Durban, South Africa; ⁸Department of Health Policy and Management, George Washington University, Washington DC, USA; ⁹Management Sciences for Health, Arlington VA, USA; ¹⁰Department of Economics & Related Studies and Centre for Health Economics, University of York, UK; ¹¹Global Development Program, Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, USA

Où trouver les données probantes de l'évaluation économique ?

- Cartographie des données et des éléments probants
- Disease Control Priorities (données probantes mondiales)
- Archive de données de Tufts
- Littérature dite « grise »



Exercice - Mini étude de cas



4 Scénarios

- Aucune contrainte budgétaire
- Fardeau de la maladie
- Vaccin le moins cher
- Définition des priorités

Ce dont vous avez besoin

Group work #2: The health impact of different resource allocation scenarios

This exercise is being used in a fictional setting, primarily aimed at applying concepts discussed in the previous sessions but a lot of it is from existing data and evidence (e.g. Disease priorities Control, Gavi, IHME).

You will need:

- This instruction sheet
- A pen
- A computer to load the **excel spreadsheet** with the exercise (please ask a staff member if you do not have a computer or have difficulties opening the **spreadsheet**).

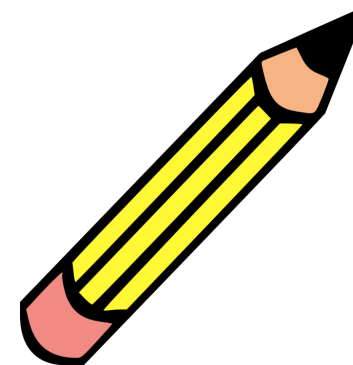
You are the budget holder of the child immunization programme at **JLNtopia**. **JLNtopia** has made major strides in decreasing under-5-mortality (USM) in the last decade. Deaths from diphtheria, tetanus, whooping cough and meningitis have declined drastically from the introduction of the **Pentavalent** vaccine. However, USM in **JLNtopia** is still high compared to the regional average and much of the USM has been attributed to vaccine preventable diseases. Despite the expansion of the immunization programme, coverage for some key vaccines is still incomplete, resulting in lost lives.

This year the Ministry of Health of **JLNtopia** decided to increase funding to the vaccine programme to \$4 million to further increase immunisation rates. You will have to allocate programme resources to the 5 vaccines that are currently in your programme portfolio (Table 1).

Table 1. Vaccines and the diseases targeted, with corresponding burden of disease



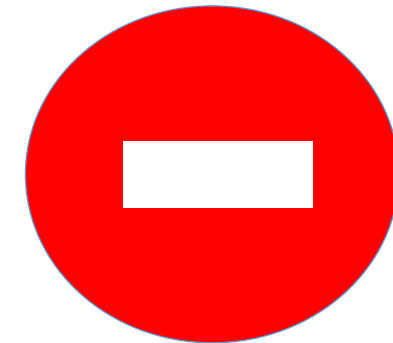
Exercice
feuille Excel



Directives: Utilisation du tableur Excel

Entrez la réponse

Scenario 4: Etablissement de priorités				
Vaccins	% du budget	Budget en \$	Nombre d'enfants immunisés	DALY évités
Pentavalent	0%	0		0
Vaccin Rougeole	0%	0		0
Vaccin BCG	0%	0		0
Vaccin conjugué contre le pneumocoque	0%	0		0
Vaccin antirotavirus	0%	0		0
Total	0%	0	N/A	0



Ne pas
toucher
autre chose!

Résultats
mis à jour automatiquement

De quelles données disposez-vous ?

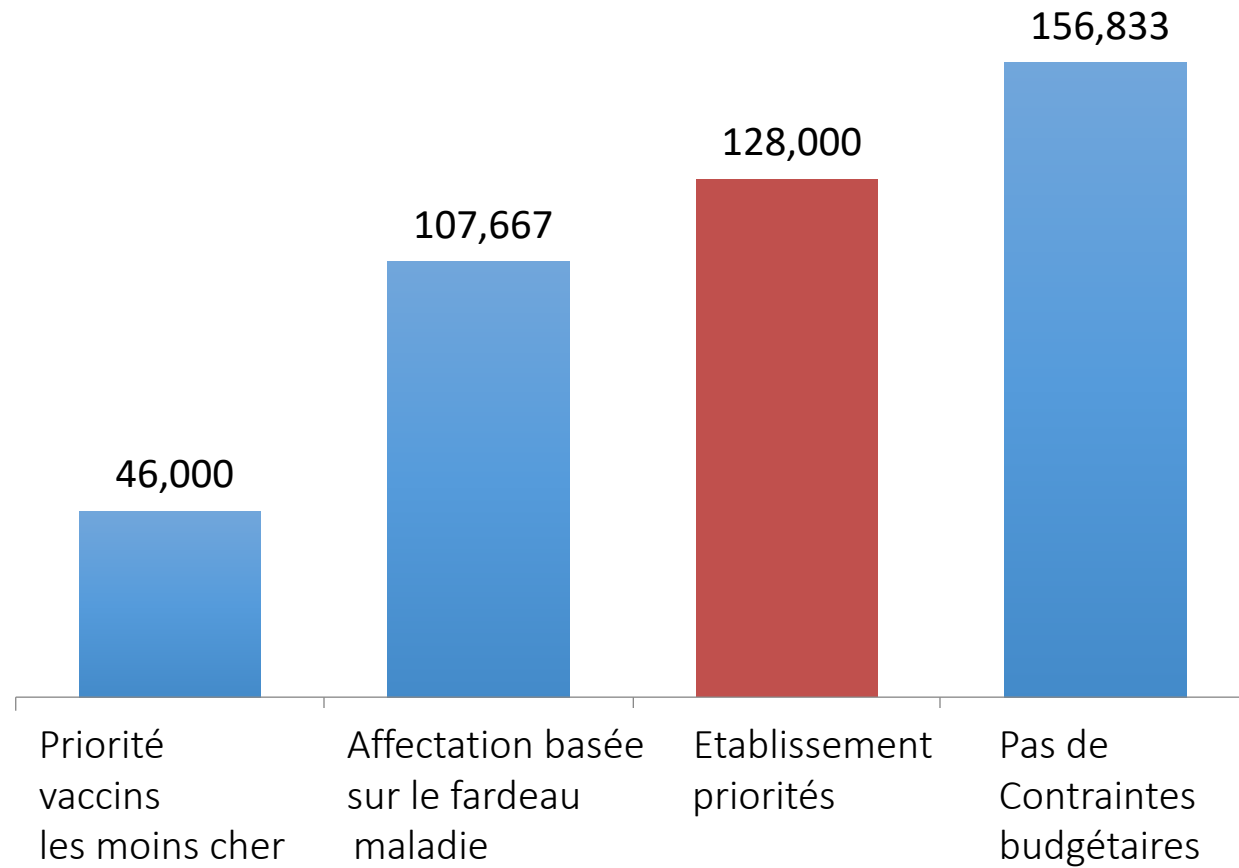
Tableau 1: Vaccins et maladies ciblées, avec le fardeau de la maladie correspondant

Vaccins	Objectifs	Part du fardeau de la maladie attribué aux maladies ciblées par le vaccin
Pentavalent (vaccin combiné)	Diphtherie, Tetanos, Pertussis, HiB et HepB	40%
Vaccin Rougeole	Rougeole	20%
Vaccin BCG	Tuberculose	15%
Vaccin conjugué contre le pneumocoque	Pneumocoque	15%
Vaccin antirotavirus	Rotavirus	10%

Tableau 2: Rapports de coûts et coûts-efficacité

Vaccins	\$ par vaccination	\$/DALY évitée	DALY évitée par vaccination
Pentavalent (vaccin combiné)	10	20	0.50
Vaccin Rougeole	6	60	0.10
Vaccin BCG	4	120	0.03
Vaccin conjugué contre le pneumocoque	8	100	0.08
Vaccin antirotavirus	8.5	120	0.07

Résultats



Merci !

y.chi@imperial.ac.uk



Mon groupe...

International Decision Support Initiative



Nous travaillons en partenariat avec les pays pour renforcer les capacités institutionnelles à long terme afin de fixer des priorités et de parvenir à une CSU durable.



We ensure policies are
**EVIDENCE
INFORMED**
and fair



We encourage
**LOCAL
OWNERSHIP**
and capacity



We strive for
**LONG-LASTING
SOLUTIONS**
and in-country capabilities

iDSI

Transfert et échange des connaissances (KTE) et plaidoyer

Concevoir et diffuser des messages fondés sur des données probantes afin d'inciter le public concerné à adhérer au modèle de l'iDSI pour améliorer les résultats en matière de santé et optimiser les ressources

Engagement des pays

Soutenir les efforts déployés par les pays pour renforcer leurs capacités institutionnelles et mettre en place des processus de gouvernance transparents, afin de maximiser les gains en matière de santé et de préparer la transition de l'aide au développement

Renforcement institutionnel

Achats intelligents

Donner aux pays les moyens de dépenser leurs propres budgets plus judicieusement et de mettre en œuvre des régimes d'accès à la propriété et des plateformes de prestation plus efficaces et plus équitables, faisant de la CSU et des ODD une réalité

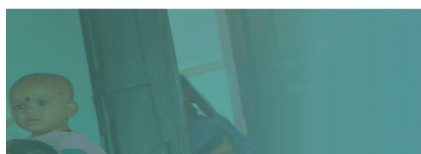
Produits de connaissances

Générer, intégrer et déployer des données et des connaissances pertinentes pour les politiques afin de contribuer à de meilleures décisions aux niveaux mondial et national

Données, faits probants et analyses

Méthodes, processus et outils

Co-crée des biens publics mondiaux pour aider les pays et les bailleurs de fonds à normaliser, contextualiser et appliquer des méthodes visant à améliorer l'optimisation des ressources en matière de santé



Exemples de nos réalisations

Scénario de référence iDSI pour évaluation économique : en cours d'adaptation par les PRITI pour l'élaboration de leurs propres scénarios de référence nationaux (p. ex. Chine, Inde).

What's In, What's Out: Designing a Health Benefits Plan for Universal Coverage : des cours sur mesure sont prévus pour le Kenya et l'Inde

Boîte à outils ETS : ressource en ligne accessible et pratique sur les éléments constitutifs de mécanismes d'ETS durables et pertinents à l'échelle locale - mise à l'essai dans 14 pays

Étude ghanéenne sur la prévention des maladies cardiovasculaires : soutien au gouvernement pour l'achat de médicaments

South African Values and Ethics for UHC (SAVE-UHC) : projet financé par Wellcome pour développer un cadre éthique adapté au contexte et pouvant être mis en œuvre pour l'ETS en Afrique du Sud