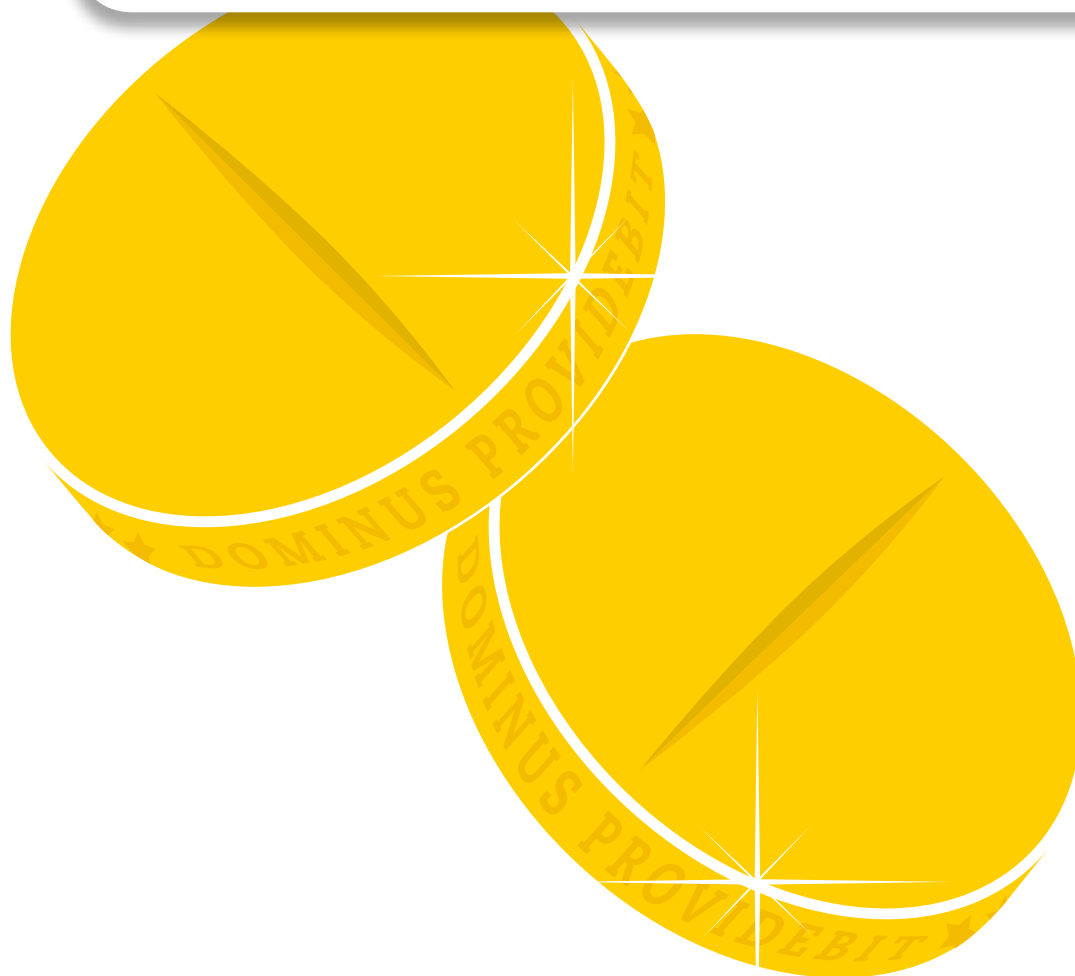


place au

# dialogue



## Seule la fin justifie les moyens

En ligne de mire: les médicaments, leur utilité et prix

Gerhard Kocher, D<sup>r</sup> en sciences politiques

# Une nouvelle à moitié bonne

«D'abord la bonne nouvelle: la moitié de tous les médicaments finit à la poubelle. Ensuite la mauvaise: le reste est avalé.»

Tiré de «Vorsicht, Medizin!  
1555 Aphorismen und Denkanstösse.»

# La Suisse est à la traîne

«La procédure de réexamen ne permet pas aux prix des médicaments admis dans la LS de refléter avec justesse le rapport coût/bénéfice, aspect auquel on attache plus d'importance à l'étranger.»

Rapport du CPA à l'att. de la Commission de gestion du Conseil des Etats, juin 2013

Ruth Humbel

# Le juste équilibre, comme toujours

«En ce qui concerne les médicaments, il faut toujours mettre des limites, car il s'agit de trouver le juste équilibre entre bénéfice individuel et coût pour la collectivité.»

Medical Tribune, 8.5.2015

Thomas B. Cueni

# La bonne nouvelle

«Si nous devons une grande partie de l'allongement de notre espérance de vie aux progrès de la recherche pharmaceutique, cela n'est pas pour rien.»

Chronique Interpharma, [www.interpharma.ch](http://www.interpharma.ch), mars 2015

Surveillant des prix

# Passer aux prix de référence

«Il s'agit essentiellement de montrer les erreurs et les effets pervers du système suisse de réglementation des prix et d'expliquer la nécessité urgente de passer au système de prix de référence.»

Comparaison internationale des prix des médicaments génériques, octobre 2015



Suivez-nous aussi sur Twitter:  
[twitter.com/CSSPolitik](https://twitter.com/CSSPolitik)



**Georg Portmann** est  
 président de la direction  
 générale du Groupe CSS

# Douleur, calme-toi!

## Sommaire

- 4 **Approvisionnement en médicaments**  
Coûts des médicaments les plus élevés:  
une spirale sans fin
- 6 **Point de vue**  
Plus de marché, mais aussi de courage
- 8 **Contexte**  
Combien vaut un médicament?
- 10 **Pratique**  
Nouveaux modèles de rémunération:  
Pay-for-Performance
- 11 **Un autre regard**  
Bien plus qu'une protection contre  
les crues
- 12 **On en parle**  
«Les «me-too» se succèdent et les vraies  
innovations ne sont pas légion»
- 16 **Personnel**  
A propos des valeurs et des coûts en fin  
de vie
- 18 **Santé!**  
Il suffit de souffler un peu
- 19 **Science**  
Notre mort coûte-t-elle trop cher?

Douleur, calme-toi! Un médicament fonctionne selon ce principe très simplifié: avaler, attendre, se détendre, et cela va mieux. Nous devons beaucoup aux médicaments, c'est certain. On peut aujourd'hui soigner des maladies dont on mourrait à coup sûr voici quelques années. Toutefois, il existe une maladie contre laquelle on n'a encore trouvé aucun remède: le mal de ventre qui m'est occasionné par l'évolution future des coûts des médicaments dans l'assurance-maladie. Aujourd'hui déjà, les coûts des médicaments représentent environ un cinquième de la totalité des dépenses enregistrées dans l'assurance de base, une proportion qui est restée relativement stable au cours de ces dernières années. Cependant, rien n'indique que cela restera le cas à l'avenir, bien au contraire: l'évolution actuelle fait craindre le pire. Les mots-clés sont: médicaments extrêmement chers pour certains groupes de patients, médecine personnalisée ou prix des médicaments qui ne supportent pas la comparaison avec l'étranger. Tout cela à la charge des assurances-maladie, une spirale des coûts qui tourne peut-être de plus en plus vite, et surtout sans fin.

Il est pourtant possible de rectifier cette évolution et d'empêcher ainsi qu'une médecine à deux vitesses ne s'installe. Dans ce numéro, nous exposons différentes approches au sujet de la direction que nous pourrions prendre, ou plutôt que nous devons prendre. Si nous ne réussissons pas, avec l'implication de toutes les parties prenantes, à arrêter la spirale des coûts des médicaments, il ne me restera plus qu'à dire: douleur, calme-toi!

## Mentions légales

Paraît trois fois l'an en allemand et en français. Editeur: CSS Assurance, Tribtschenstrasse 21, CH-6002 Lucerne, e-mail: [dialog@css.ch](mailto:dialog@css.ch), internet: [www.css.ch](http://www.css.ch), rédacteurs en chef: Riccarda Schaller et Roland Hügi; collaboration rédactionnelle, production et graphisme: Infel Corporate Media, Claudia Sebald (texte) et Peter Kruppa (art direction) | Crédit photos: Zeljko Gataric, iStockphoto/Ljupco, getty/Erik Dreyer, Gaby Züblin, mäd | Lithos: n c ag, 8902 Urdorf | Impression: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg.  
 Cette publication est entièrement financée avec des fonds provenant des affaires d'assurance complémentaire (LCA).



**MIXTE**  
 Papier issu de  
 sources responsables  
**FSC® C008110**

Aujourd'hui, nous affichons les coûts des médicaments les plus élevés d'Europe. Pas un mois ne passe sans nouveaux remèdes extrêmement chers pour les malades du cancer sans espoir de guérison, les personnes atteintes de SP ou les maladies rares. Etat des lieux.

Par Urs P. Gasche

# Coûts des médicaments les plus élevés: une spirale sans fin

**L**e Sortis, qui réduit le cholestérol, coûte 5 fois plus cher aux caisses-maladie de Suisse qu'à celles d'Allemagne. Les prix de remboursement de génériques largement répandus sont 10 fois plus élevés en Suisse qu'aux Pays-Bas<sup>1</sup>. Chez nous, les payeurs de primes n'ont aucune raison de sourire. Les dépenses par tête des caisses pour les médicaments y sont environ 50% supérieures à celles affichées aux Pays-Bas, et à peu près 25% à celles en Allemagne. Dans aucun autre pays d'Europe, les médicaments n'engloutissent une part aussi grande (23%) des dépenses de l'assurance de base.

Pour occulter ces vérités dérangeantes, l'industrie pharmaceutique et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ont recours à deux stratagèmes: premièrement, ils comparent les prix d'usine référencés des différents pays au lieu des prix effectivement payés par les caisses. Deuxièmement, ils évincent tout simplement des statistiques les médicaments utilisés par les hôpitaux.

## L'impératif du caractère économique foulé aux pieds

La loi prescrit en effet que les médicaments remboursés doivent être «économiques» et «adéquats». «En cas d'utilité médicale comparable, l'option la moins chère, ou celle avec le meilleur rapport coût/utilité doit être choisie», a précisé plusieurs fois le Tribunal fédéral<sup>2</sup>. Pourtant, le Conseil fédéral et le Parlement ont systématiquement bafoué ce principe émanant de la plus haute instance fédérale.

Cela est flagrant lorsque le brevet d'un médicament a expiré et qu'il

existe des imitations appelées génériques. Sauf dans quelques cas justifiés médicalement, notamment en cas d'intolérance à certains excipients, l'assurance de base pourrait ne rembourser que le prix du générique le moins cher selon la directive du «caractère économique». Pourtant, le Conseil fédéral, qui édicte les ordonnances relatives à la loi, ne fait pas appliquer l'impératif du caractère économique. Il contraint les caisses à prendre en charge les préparations originales non économiques, même sans raison médicale pour les prescrire.

Sur le plan financier, l'OFSP incite même les médecins et les pharmaciens à délivrer des préparations plus chères. Ainsi, pour une boîte de Sortis, la marge est supérieure à CHF 30 tandis que pour le générique équivalent, l'Atorvastatin Actavis, elle n'est que de CHF 23.

L'OFSP pousse cette logique à l'extrême lorsque, pour des médicaments totalement identiques, il force

les caisses à rembourser en intégralité ceux les plus chers. P. ex.: le Nexium Mups<sup>3</sup> contre les brûlures d'estomac et les nausées est 72% plus cher que l'Esomep Mups identique (tous deux d'Astra-Zeneca, avec principes actifs et excipients identiques). Si les caisses ne devaient rembourser que le prix de l'Esomep Mups, elles économiseraient ainsi plusieurs millions par année. Près de 400 paires de médicaments entièrement identiques sont ainsi référencées par Swissmedic sous la désignation «co-marketing».

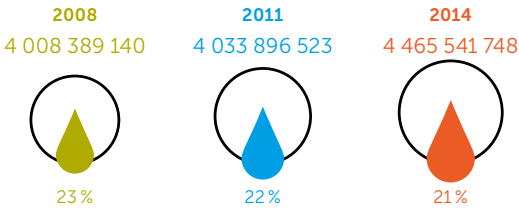
L'OFSP «sanctionne» en effet les médicaments plus chers par une quote-part de 20% au lieu des 10% usuels. Les médecins et pharmaciens essaient toutefois souvent de délivrer malgré tout les →

## En bref

- Dans aucun autre pays d'Europe, les médicaments n'engloutissent une part aussi grande (23%) des dépenses des caisses-maladie.
- Les caisses sont contraintes de rembourser des médicaments non adéquats et non économiques.
- Ni les caisses ni les payeurs de primes ont un droit de recours et ne sont pas capables de se défendre.

# Coûts des médicaments du Groupe CSS<sup>3</sup>

## Coûts bruts AOS<sup>1</sup>

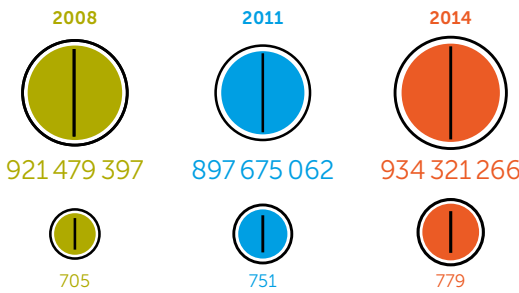


Coût global AOS  
Prestations brutes

Pourcentage médicaments  
sur coûts bruts AOS  
(sans médicaments  
hospitaliers)

## Coûts bruts médicaments AOS<sup>1</sup>

Coûts médicaments Groupe CSS: près de CHF 1 mia.

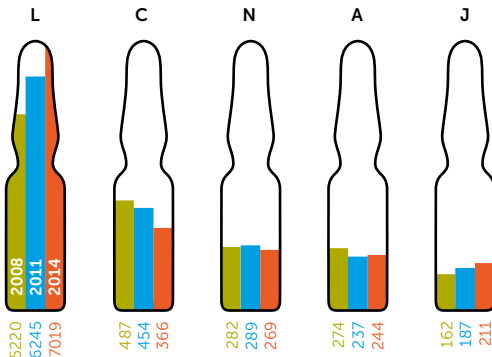


Coût brut  
médicaments

Coût médicaments  
par assuré  
(sans médicaments  
hospitaliers)

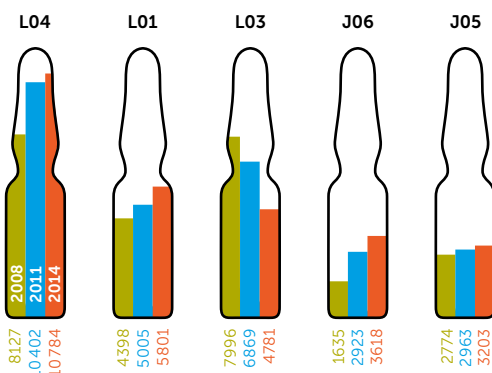
## Top 5 des coûts moyens par bénéficiaire pour ATC niveau 1<sup>2</sup>

Forte hausse des coûts moyens/bénéficiaire dans le groupe L.



## Top 5 des coûts moyens par bénéficiaire pour ATC niveau 2<sup>2</sup>

Forte hausse des coûts moyens/bénéficiaire dans le groupe L01/04.



## Classification ATC

La classification anatomique thérapeutique et chimique (ATC) est un système de classification international officiel des substances actives développé en 1976 et adapté par l'OMS depuis 1990. La classification repose sur 5 niveaux de classement. Le premier niveau définit le groupe anatomique parmi 14 groupes principaux, qui correspondent aux organes (p. ex.: cœur) ou systèmes (p. ex.: circulation sanguine) cibles sur lesquels la substance active produit son effet principal. Le deuxième et le troisième niveau correspondent aux groupes et sous-groupes thérapeutiques. Le quatrième et le cinquième niveau sont classés selon la structure chimique. Les niveaux 1 et 2 qui apparaissent dans ce graphique sont présentés ci-après.

### ATC niveau 1 (groupe anatomique)

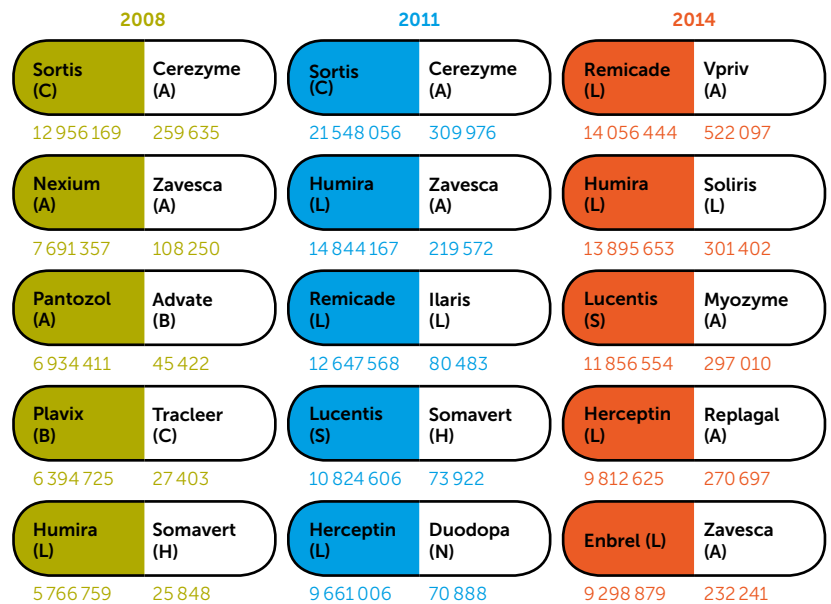
- A Système digestif et métabolisme
- B Sang et organes hématopoïétiques
- C Système cardio-vasculaire
- J Anti-infectieux à usage systémique
- H Hormones systémiques
- L Agents antinéoplasiques et immunomodulateurs (cancer/système immunitaire)
- N Système nerveux
- S Organes sensoriels

### ATC niveau 2 (sous-groupe thérapeutique)

- L01 Agents antinéoplasiques (médicaments contre le cancer)
- L03 Immunostimulants
- L04 Immunosuppresseurs
- J05 Antiviraux à usage systémique
- J06 Sérums immunisants et immunoglobulines

## Top 5 des médicaments générant le plus gros chiffre d'affaires et traitements les plus onéreux<sup>2</sup>

Les coûts des traitements les plus chers par bénéficiaire et année de traitement ont constamment augmenté.



Coût brut total d'un médicament par année de traitement



Coût de traitement d'une personne par médicament par année de traitement

<sup>1</sup> Chiffres du Groupe CSS (INTRAS, Arcosana, CSS). Les chiffres se rapportent toujours à une année de traitement et renferment toutes les prestations de l'assurance de base. Etat des données: 28.10.2015

<sup>2</sup> Chiffres du Groupe CSS (INTRAS, Arcosana, CSS). Les chiffres se composent des montants de la position de la facture. Ils se rapportent toujours à une année de traitement et ne renferment que des médicaments autorisés sur la LS. Etat des données: 15.11.2015

<sup>3</sup> Tous les coûts des médicaments affichés se rapportent aux coûts des médicaments de patients soignés en ambulatoire et facturés au Groupe CSS. Les médicaments facturés pour les traitements stationnaires n'apparaissent pas.

Les instruments de marché nécessaires pour des prix raisonnables et une meilleure qualité des médicaments existent déjà. Un aperçu sous l'angle de la CSS Assurance.

## Plus de marché, mais aussi de courage

Le prix des médicaments est fortement réglementé, sans réels mécanismes du marché. Pour fixer les prix, un succédané de marché est mis en œuvre avec comparaison internationale des prix réglementée et comparaison avec des produits similaires, mais ce pseudomarché ne parvient à corriger ni les excès ni les tendances. Cela devient particulièrement flagrant lorsqu'il est question d'innovations sans comparaison avec le standard de soins et avec des preuves douteuses d'efficacité. Aujourd'hui, personne ne peut empêcher les prix fantaisistes, ne reflétant en rien l'utilité effective du médicament. D'où l'urgence d'un droit de recours pour les organismes payeurs. La médecine personnalisée et les maladies rares sont la nouvelle vache à lait de l'industrie, qui grossit tranquillement sous le contrôle radar de la machine étatique de la fixation des prix, et à laquelle il est difficile de s'attaquer à cause de la pression morale du public. Avec la peur des dépenses motivée politiquement, le régulateur introduit des paramètres de rationnement douteux sur le plan médical et social. Quelles mesures peuvent débloquer la situation? Il serait bon de passer au système des prix de référence, qui repose

sur des offres de prix concurrentielles des sociétés pharmaceutiques et rend plus avantageux les médicaments dont le brevet a expiré. Ou à la couverture avec «Evidence Development», où les nouvelles prestations médicales avec peu de données probantes sont prises en charge provisoirement par l'assurance-maladie à la condition que de nouvelles données viennent en prouver l'efficacité. La qualité doit aussi être une priorité. Nos primes d'assurance sont utilisées efficacement lorsqu'elles procurent un maximum de bénéfice thérapeutique. D'où l'urgence que la Suisse engage des processus structurés et performants d'évaluation de l'utilité des thérapies (HTA), d'une part pour augmenter la qualité, éliminer le superflu et dégager des moyens pour les traitements d'un bénéfice supérieur. Et d'autre part pour poser les bases d'un pricing (plus) axé sur l'utilité, qui réduit aussi les prix des anciens médicaments, comme sur un marché qui fonctionne. En conclusion, il existe des instruments de marché pour accéder aux innovations et garantir des prix raisonnables et une meilleure qualité. Mais pour les utiliser, il faut surtout oser lutter contre les marges indécentes.



D' Christian Affolter est responsable du service Public Affairs Structures tarifaires de la CSS  
✉ christian.affolter@css.ch

→ produits les plus chers, pour encaisser la marge absolue la plus élevée. Depuis longtemps, les organisations de consommateurs, le Surveillant des prix et l'association Intergenerika<sup>4</sup> réclament, en vain, pour que l'OFSP cesse d'encourager la vente des médicaments les plus chers à marges supérieures lorsqu'il existe des produits équivalents.

Les caisses-maladie, les payeurs de primes et les organisations de consommateurs doivent assister passivement à tous ces agissements, car le législateur leur refuse un droit de recours. Seules les sociétés pharmaceutiques peuvent attaquer les décisions prises par l'OFSP.

### Excès de réglementation sur les marges

Les dépenses record s'expliquent aussi par les marges exagérées entre les prix de fabrique et les prix publics. Un aperçu de santé suisse montre que les marges en Suisse, même corrigées de l'effet du pouvoir d'achat,

sont 60 % supérieures à celles aux Pays-Bas, et plus de deux fois plus élevées que celles au Danemark ou en Angleterre<sup>5</sup>. Au lieu de fixer les prix de vente, comme jusqu'en 2001, et de laisser opérer la libre concurrence, l'OFSP détermine les prix au départ de la fabrique et réglemente la distribution et les marges jusqu'à la pharmacie ou chez le médecin dans une ordonnance compliquée, qui a subi plusieurs adaptations. Les parlementaires, qui réclament une déréglementation, ne se formalisent manifestement pas de cet excès de réglementation. La distribution des prébendes prime.

### Manquements à l'impératif de l'adéquation

Souvent, une maladie peut être soignée avec plusieurs médicaments, ayant plus ou moins le même prix. Néanmoins, certains affichent un meilleur rapport utilité/dommage que d'autres, et sont donc plus adéquats. L'enjeu est de guérir plus vite, de survivre plus longtemps, d'améliorer ses aptitudes physiques ou sa

qualité de vie. Vu l'impératif légal de l'«adéquation», les caisses ne doivent rembourser que les meilleurs médicaments, à moins qu'un médecin n'en prescrive un autre dans un cas spécifique pour des raisons médicales.

Encore raté: les autorités obligent les caisses à rembourser de nombreux médicaments non adéquats. Plus d'un quart des médicaments remboursés provient d'une époque où leur adéquation ne devait pas être prouvée et n'a jamais été examinée scientifiquement après coup. Depuis 1996, la loi stipule que l'OFSP doit vérifier périodiquement l'adéquation d'un médicament. Une ordonnance y relative précise même qu'un médicament doit être «rayé» de la liste s'il «ne remplit plus toutes les conditions d'admission» (efficacité, adéquation et caractère économique). Néanmoins, l'OFSP n'a jamais radié de lui-même un seul médicament.

C'est aussi parce que l'OFSP, qui compte peu de juristes en comparaison des entreprises pharmaceutiques, redoute les démêlés devant le Tribunal fédéral, au cas où une société pharmaceutique attaquerait par recours administratif la radiation d'un médicament. En revanche, l'OFSP n'a rien à craindre des payeurs de primes et des caisses, qui impuissants doivent accepter de prendre en charge les médicaments devenus inadéquats. Selon une estimation de Hans Heinrich Brunner, ancien vice-directeur de l'OFSP et ancien président de la FMH, près de 30% des médicaments remboursés sont inadéquats.

### Les prix élevés profitent aux actionnaires, pas aux chercheurs

Le nouveau médicament de Roche, l'Esbriet, ne soigne pas la «fibrose pulmonaire idiopathique» dévastatrice, et selon l'autorité américaine FDA, il ne réduit pas la mortalité. Il coûtera néanmoins CHF 40 000 par patient

et par année aux caisses. Roche est convaincue qu'en Europe et aux Etats-Unis, les ventes de l'Esbriet lui rapporteront près de CHF 10 milliards par année.

Ce médicament a été développé à relativement moindres frais par la petite société biotech américaine Intermune, que Roche a rachetée en 2014 pour USD 8,3 milliards, soit 63 fois le chiffre d'affaires d'Intermune, dont les actionnaires ont empoché des milliards de bénéfice. Le groupe Roche a accepté de payer ce prix fantaisiste parce qu'il avait la certitude de pouvoir imposer partout le prix de CHF 40 000 à 50 000 par année de traitement, en invoquant l'argument des frais de recherche et de développement.

### Des coûts révolutionnaires à escompter

Les groupes pharmaceutiques font l'éloge de leurs nouveaux médicaments, les présentent comme des «innovations révolutionnaires» et appliquent des prix exorbitants. Souvent toutefois, leur efficacité n'est prouvée qu'en comparaison avec le placebo, mais pas avec l'ancien traitement standard. Les plus lucratifs sont les médicaments pour les maladies rares<sup>5</sup>, dont l'adéquation ne doit être prouvée que de manière rudimentaire (preuve difficile à apporter), ainsi que les médicaments prolongeant la vie des malades atteints du cancer sans espoir de guérison.

Les médicaments qui sont utilisés à la fin de la chimiothérapie au stade terminal d'un cancer freinent la croissance de la tumeur (avec ou sans amélioration de la qualité de vie compte tenu des effets secondaires importants) et retardent parfois le décès de quelques semaines ou mois.

Afin de justifier des coûts pouvant atteindre CHF 150 000 par patient et par année, les décideurs de l'industrie pharmaceutique considèrent qu'il serait «envisageable»<sup>7</sup> de ne faire payer que les patients pour lesquels le médicament est efficace (Pay-for-Performance). Cela peut paraître intéressant, mais souvent, le succès ou l'échec est difficile à prouver, ou ne peut l'être qu'après de longues querelles. Pour certaines thérapies, l'industrie pharmaceutique entend développer des tests dont les résultats indiqueraient si la réponse à la thérapie est bonne. Une fois encore, ces tests coûteront cher et leur précision reste à clarifier.

Les traitements «sur mesure» ou «personnalisés» annoncés en grande pompe sont de la musique d'avenir. Ils auront plutôt tendance à augmenter la part élevée que représentent les médicaments sur les dépenses totales des caisses-maladie au lieu de la réduire.

**Urs P. Gasche** est rédacteur et journaliste spécialisé dans les questions de santé auprès d'infosperber.ch.



Le **Nexium Mups** contre les brûlures d'estomac et les nausées coûte **72% plus cher** que l'**Esomep Mups** identique.



Un aperçu de santésuisse montre que **les marges en Suisse**, même corrigées de l'effet du pouvoir d'achat, sont **60% supérieures** à celles aux Pays-Bas, et plus de deux fois plus élevées que celles au **Danemark ou en Angleterre**.

<sup>1</sup> <http://www.preisueberwacher.admin.ch/dokumentation/100073/00074/00253/index.html?lang=de>

<sup>2</sup> p. ex: ATF 9C\_334/2010 du 23.11.2010

<sup>3</sup> 98 unités de 20 mg

<sup>4</sup> [http://intergenerika.ch/wp-content/uploads/2015/09/Generika\\_News\\_0915\\_f\\_72dpi\\_ll.pdf](http://intergenerika.ch/wp-content/uploads/2015/09/Generika_News_0915_f_72dpi_ll.pdf)

<sup>5</sup> <https://www.santesuisse.ch/datasheets/files/201111231044512.pdf>

<sup>6</sup> «Orphan Drugs»: touchent ≤5 patients par année et pour 10 000 habitants

<sup>7</sup> <http://zeitungsarchiv.nzz.ch/neue-zuercher-zeitung-vom-09-09-2015-seite-28.html?hint=76224882>



La valeur d'un médicament dépend de son bénéfice pour le patient. Cela semble être un consensus de base accepté par tous. Mais comment définir ce bénéfice pour le patient et quel est le juste prix d'un médicament?

Par Urs Brügger, professeur

# Combien vaut un médicament?

**L**es sociétés pharmaceutiques veulent amortir leurs investissements risqués dans la recherche et le développement et maximiser leurs profits. Les systèmes de santé veulent au plus vite mettre les bonnes thérapies innovantes à la portée de tous les citoyens et pouvoir continuer à être financés durablement. Des deux côtés, les intérêts sont légitimes. Mais comment trouver un prix qui convient à chacun?

## La méthode du Health Technology Assessment

La méthode reconnue au niveau international de fixation de la valeur des prestations médicales s'appelle Health Technology Assessment (HTA): dans un rapport HTA, les connaissances scientifiques disponibles sur une prestation médicale sont recueillies. A partir de cet «assessment», une commission consultative peut juger de l'utilité selon différents critères et émettre une recommandation sur la valeur de la technologie examinée pour le système de santé («appraisal»). Cette

démarche sous-tend la décision de l'organe compétent relative à l'application, au remboursement et au prix («decision»).

Deux approches HTA méritent que l'on s'y attarde: le modèle anglais NICE et le modèle français. NICE s'appuie fortement sur les études évaluatives relevant de l'économie de la santé. Pour les nouveaux médicaments, les coûts supplémentaires par année de vie corrigés de la qualité de vie (QALY) sont calculés en comparaison de l'ancien traitement standard. La limite de coûts est de GBP 20 000 à GBP 30 000 par QALY. L'approche française en revanche dresse le

constat de l'utilité médicale supplémentaire d'un nouveau médicament en comparaison de l'ancien standard et négocie le prix en fonction du gain de bénéfice. Des études ont montré que les résultats entre les deux approches diffèrent peu.<sup>1</sup> Selon cette typologie, l'autorisation des médicaments à la charge de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse présente des similitudes avec le modèle français.

## Les difficultés liées au HTA

Quelle que soit leur approche HTA, les systèmes de santé s'achoppent tous à trois difficultés. La première concerne les médicaments d'une utilité particulièrement grande avec de nombreux patients concernés, comme le Sovaldi, le premier d'une nouvelle génération de médicaments contre l'hépatite C. La société avait fixé un prix élevé pour celui-ci compte tenu de son très grand bénéfice supplémentaire par patient. Ainsi, les coûts par QALY en Angleterre étaient légèrement inférieurs à la limite de GBP 30 000. Ce qui posait problème, ce n'était pas l'efficacité des coûts dans le cas spécifique, mais les coûts pour le système, appelé «budget impact», liés au grand nombre de patients.

La deuxième difficulté se rapporte aux médicaments tels que le Myozyme pour les maladies très rares. Pour celui-ci, des dépenses de près de CHF 500 000 par année étaient enregistrées, pour un faible bénéfice thérapeutique. Ici, ce n'était pas le «budget impact» qui posait problème, mais la mauvaise efficacité des coûts. Enfin, dans le cadre de la médecine personnalisée, de plus en plus de médicaments sont mis sur le marché, pour lesquels les études de la phase III n'ont pas été réalisées et seules quelques données sont disponibles. Ici, ni les processus d'autorisation traditionnels ni les processus HTA classiques ne fonctionnent. La ligne de démarcation entre la phase expérimentale et l'utilisation au quotidien est toujours plus floue.

## De nouvelles approches sont requises

Le «Coverage with Evidence Development (CED)» est une approche très prometteuse, qui permettrait de résoudre les problèmes susmentionnés.<sup>2</sup> Les nouvelles

### En bref

- La méthode HTA reconnue au niveau international permet de constater les valeurs des prestations médicales.
- HTA atteint ses limites pour les médicaments d'une grande utilité, qui concernent de nombreux patients, et pour les maladies rares.
- Des critères et méthodes d'évaluation supplémentaires s'imposeront à l'avenir.



prestations médicales sont prises en charge provisoirement à condition que des données supplémentaires soient rassemblées. Cela comporte l'avantage que les innovations sont rapidement disponibles et qu'un premier prix est d'abord fixé, qui pourra être adapté par la suite lorsque les données d'outcome prospectives seront disponibles. HTA gagnera en diversité et en complexité, selon les mots-clés Multi-Criteria Decision Making et Dialog.

Les anciens critères et méthodes tels que les comparaisons thérapeutiques transversales, les comparaisons internationales des prix, les études évaluatives d'économie de la santé et les analyses d'impact budgétaire ne disparaissent pas, mais sont utilisés en tant qu'intrants et pas en tant que critères de décision définitifs. D'autres critères jouent toutefois un rôle dans la décision de remboursement: gravité de la maladie, nombre de patients concernés, statut de la maladie en tant que «maladie orpheline», prestation d'innovation, voire montant exceptionnel des frais de développement et enfin préférences du patient. Ces paramètres ne peuvent pas être intégrés dans un algorithme, d'où toute la complexité d'un tel Multi-Criteria Decision Making.

Demain, nous n'échapperons pas à de tels Managed Entry Agreements tels que le CED, ce qui rend d'autant plus nécessaire le dialogue entre les instances

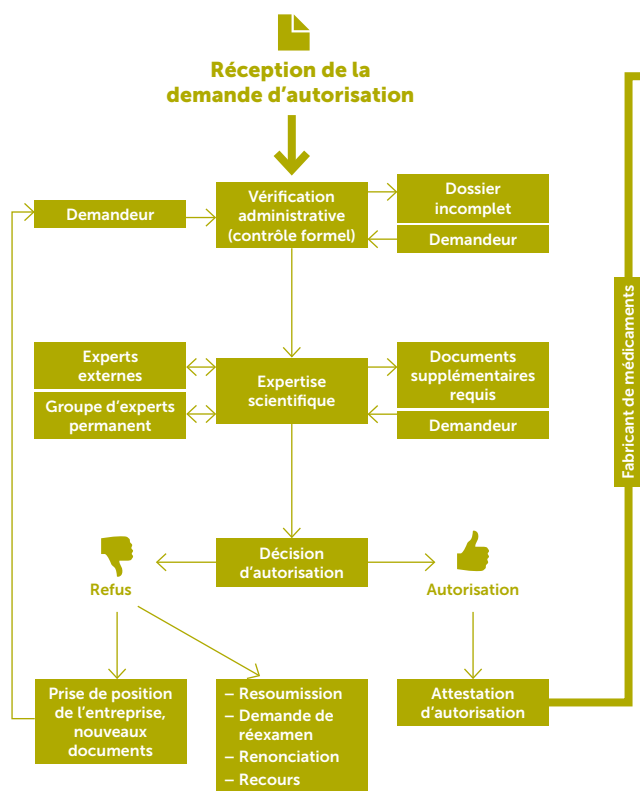
de remboursement et les fabricants. Il faut des processus loyaux et transparents pour éviter de retomber dans l'arbitraire et tout le bazar. Si les prix sont négociés, ils doivent l'être selon des critères clairs et justes, pour les fabricants et les payeurs. C'est le seul moyen pour que le système de santé financé selon le principe de la solidarité fonctionne durablement.

**Pr D<sup>r</sup> oec. HSG Urs Brügger** est responsable de l'Institut d'économie de la santé (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie) de la Haute école zurichoise de sciences appliquées (ZHAW).

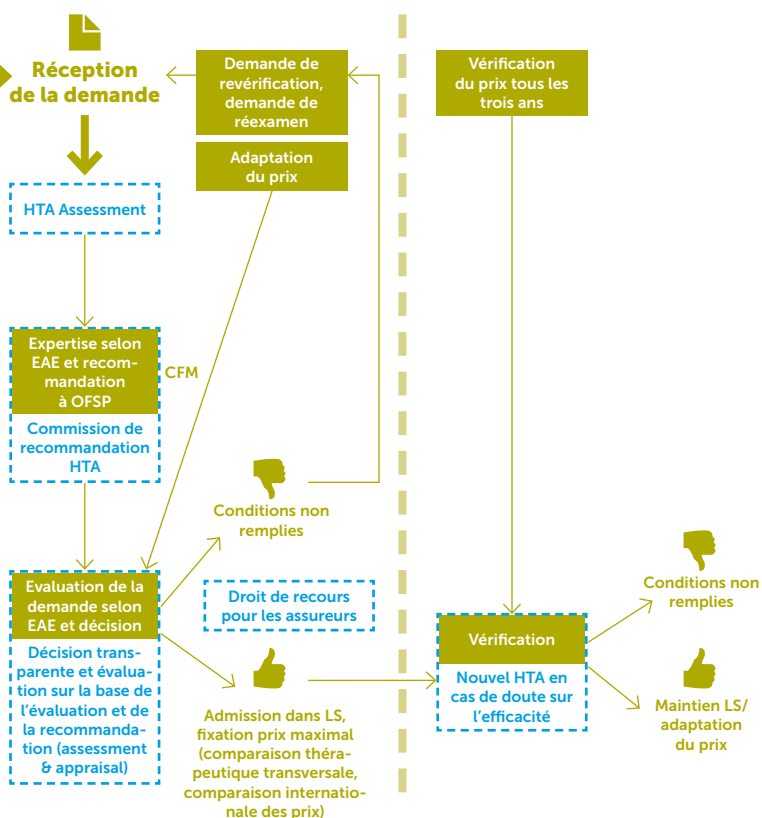
<sup>1</sup> Drummond M, de Pouvourville G, Jones E, Haig J, Saba G, Cawston H. A comparative analysis of two contrasting European approaches for rewarding the value added by drugs for cancer: England versus France. *PharmacoEconomics*. 2014 May; 32(5):509–20.

<sup>2</sup> Brugger U, Horisberger B, Ruckstuhl A, Plessow R, Eichler K, Gratwohl A. Health technology assessment in Switzerland: a descriptive analysis of «Coverage with Evidence Development» decisions from 1996 to 2013. *BMJ Open*. 2015; 5(3): e007021.

### Processus d'autorisation Swissmedic



### Fixation des prix et admission dans la LS OFSP



--- Souhait CSS relatif à la manière dont un HTA pourrait se présenter

— Procédure en l'état actuel des choses

Toutes les parties prenantes sont d'accord: l'innovation doit parvenir au patient le plus rapidement possible. Avec les modèles Pay-for-Performance, Novartis explore de nouvelles pistes pour remplir cette attente tout en limitant les risques financiers.

Par Stephan Mumenthaler et Barbara von Schnurbein, Novartis Suisse

# Nouveaux modèles de rémunération: Pay-for-Performance

**L**a Suisse n'échappe pas aux défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé dans le monde: l'évolution démographique et les maladies chroniques font augmenter les dépenses de santé. Dans le même temps, chacun a le désir légitime de rester en bonne santé le plus longtemps possible. Les patients veulent que les innovations leur parviennent le plus rapidement possible après le stade du développement. Mais l'innovation se paie et place à la fois les assurances-maladie et l'Etat face au défi de concilier accès à l'innovation médicale et viabilité financière.

Novartis en tant que société pharmaceutique est consciente de ce tiraillement et cherche constamment de nouvelles pistes pour faire concorder ces contraires. Elle se mobilise donc pour l'élimination déterminée et clairvoyante du manque d'efficacité et des effets pervers du système de santé, qui passe par le remboursement de toutes les prestations de santé axé sur l'utilité (outcome). La prestation doit être rémunérée et l'innovation suggérée lorsque le plus grand bénéfice est généré pour le patient. C'est la condition pour dégager à long terme des ressources pour couvrir les besoins croissants en prestations médicales. Dans le cas contraire, nous nous exposons au risque que les prestations médicales telles que les médicaments novateurs soient délibérément rationnées à l'avenir ou qu'elles ne puissent être financées que par les plus fortunés.

Une piste possible pour réaliser cet objectif est le modèle Pay-for-Performance, donc paiement en fonc-

tion du résultat. Dans celui-ci, l'utilité d'un médicament détermine son prix de vente. Pour aboutir à de tels contrats, il faut se mettre d'accord sur le succès thérapeutique, qui doit pouvoir être mesuré de manière simple et fiable, mais aussi à un coût raisonnable.

Des modèles de prix innovants sont testés actuellement, notamment en rapport avec les médicaments autorisés récemment. Novartis a fait de bonnes expériences dans ce domaine aux Pays-Bas lors de l'introduction du médicament contre l'asthme, le Xolair®. Un modèle Pay-for-Performance a été élaboré en collaboration avec les autorités nationales, les groupements de patients et les médecins. Il prévoyait le remboursement des frais de médicaments si aucune réponse thérapeutique n'était obtenue chez le patient après 16 semaines. Les critères ont été définis avant le lancement du programme et reposaient sur des symptômes cliniques tels qu'ils sont proposés dans les recommandations internationales. L'efficacité a été évaluée par le médecin traitant. Comme le Xolair est un médicament hospitalier aux Pays-Bas, les hôpitaux ont envoyé les factures à Novartis pour se faire rembourser. Grâce à ce modèle, les patients ont eu accès à un médicament innovant et le risque a été minimisé pour les payeurs. Si un médicament prescrit dans un cadre ambulatoire est remboursé par les assureurs, une demande de restitution entre l'assurance et la société pharmaceutique peut intervenir sans problème. Des médicaments coûteux avec des taux de réponse hétérogènes et des critères clairs de succès clinique entrent surtout en ligne de compte pour un modèle Pay-for-Performance.

Pour juguler l'évolution des dépenses à l'avenir, d'autres efforts seront indispensables pour accroître l'efficacité du système de santé, et pas seulement dans le domaine des médicaments. Pour que le modèle Pay-for-Performance et d'autres modèles de prix innovants aient une chance, il faudra que la mesure de l'efficacité du système de santé soit optimisée et qu'elle produise pleinement son effet incitatif.



En collaboration avec les autorités nationales, les groupements de patients et les médecins, un modèle **Pay-for-Performance** a été élaboré. Il prévoyait le remboursement des frais de médicaments si aucune réponse thérapeutique n'était obtenue chez le patient après 16 semaines.

**Stephan Mumenthaler** est chef économiste et **Barbara von Schnurbein** économiste auprès de Novartis Pharma SA, à Bâle.

La régulation du lac implique en priorité de tenir compte des différents intérêts. Non seulement la société mais aussi l'économie et la nature ont leurs exigences, à l'instar du lac des Quatre-Cantons.

Par Albin Schmidhauser

# Bien plus qu'une protection contre les crues



**I**n'est pas obligatoire de réguler un lac. En Suisse, certains lacs ne sont pas régulés, comme le lac de Constance. Le lac des Quatre-Cantons et la Reuss ont longtemps coulé en toute liberté. Les premières interventions sous forme de bermes et de pieux plantés dans le fond de la Reuss pour capter l'eau vers les moulins au niveau du Spreuerbrücke sont attestées à partir du XIII<sup>e</sup> siècle. Mais cela n'était pas encore une régulation. L'eau était simplement dirigée et endiguée, ce qui provoquait régulièrement des crues.

Ce n'est qu'au XIX<sup>e</sup> siècle que les choses changèrent radicalement. L'ingénieur français Charles Poirée inventa le barrage à aiguilles, qui permettait d'endiguer les fleuves et de contrôler leur flux. En 1859, la construction d'un tel barrage démarra à Lucerne, pas dans le seul but d'assurer une protection contre les crues, mais surtout pour garantir un niveau d'eau minimal pour les bateaux à vapeur naviguant sur le lac des Quatre-Cantons.

Aujourd'hui, les choses sont différentes: la protection contre les crues n'est pas le seul objectif poursuivi par la régulation du lac. La navigation et la pêche sont en effet devenues des parties prenantes importantes, dont les attentes à l'égard du lac sont d'un autre ordre. Sans oublier la protection de la nature:

autour du lac et le long de la Reuss, il y a cinq tourbières d'importance nationale, ainsi que des zones de nidification et des biotopes pour la faune et la flore à protéger. Le lac est régulé pour satisfaire aux nombreuses sollicitations de la société. Les solutions parfaites n'existent pas, il faut toujours trouver un compromis optimal.

Le barrage à aiguilles assaini entre 2009 et 2011 reste le seul moyen de réguler le niveau du lac. De nos jours, ces ouvrages sont commandés automatiquement. Un ordinateur calcule les

niveaux d'eau à escompter sur la base de mesures permanentes du niveau du lac. Il y a une zone de tolérance dans laquelle autant d'eau est rejetée dans la Reuss que pour un effluent naturel du lac. Tant que la zone de tolérance n'est pas atteinte, le barrage retient l'effluent du lac. Quand la zone est dépassée, l'eau s'écoule en plus grande quantité que cela ne serait naturellement le cas parce que le fond de la rivière a été abaissé.

De plus, il est possible d'intervenir de manière proactive. En mai 2013 par exemple, MétéoSuisse avait annoncé des précipitations importantes dans tout le bassin versant, ce qui avait amené le canton de Lucerne à ouvrir entièrement le barrage, par précaution, afin de ralentir la montée des eaux du lac. Ce fut la bonne décision. La crue du lac a atteint un niveau de 434,25 m, soit seulement vingt centimètres de moins que la limite critique.

La régulation du lac actuelle réduit tellement le risque de crue dans la ville de Lucerne qu'une situation critique ne pourrait survenir qu'une fois tous les 20 ans en moyenne. Avant la l'assainissement du barrage, la limite des dégâts était atteinte ou dépassée tous les quatre ans en moyenne. Cela montre qu'il n'est pas obligatoire de réguler un lac, mais qu'il y a de bonnes raisons de le faire.

**«Le lac est régulé pour satisfaire aux nombreuses sollicitations de la société.»**

## En bref

- La protection contre les crues n'est pas le seul objectif de la régulation du lac.
- La navigation, la pêche et la protection de la nature ont leurs propres exigences.
- Il n'y a jamais de solution parfaite, seul compte le compromis optimal.

**Albin Schmidhauser** (62 ans) dirige depuis 2009 le service spécialisé dans les dangers naturels auprès du canton de Lucerne, auxquels sont entre autres rattachés tous les projets de protection contre les crues. Auparavant, l'ingénieur forestier de métier travaillait pour le service de l'agriculture et de la forêt.

Les médicaments sont trop chers et n'apportent pas vraiment un progrès, affirme Max Giger, médecin et ancien président de la Commission fédérale des médicaments. Un reproche dont se défend Doris Seltenhofer, directrice du fabricant pharmaceutique Merck (Suisse) SA, dans un débat contradictoire.

Interview réalisée par Patrick Rohr

# «Les «me-too» se succèdent et les vraies innovations ne sont pas légion»



---

**Doris Seltenhofer** est directrice de Merck (Suisse) SA à Zoug. Merck déploie son activité dans les secteurs Healthcare, Life Science et Performance Materials et emploie près de 50 000 collaborateurs dans 66 pays.

---

**D<sup>r</sup> méd. Max Giger**, médecin, a travaillé à Winterthour en tant que gastro-entérologue. De 1997 à 2013, il a fait partie de la Commission fédérale des médicaments, qu'il a présidée lors des deux dernières années.



**Patrick Rohr (PR): Madame Seltenhofer, commençons par une question peut-être naïve, mais simple: pourquoi les médicaments coûtent-ils si cher?**

*Doris Seltenhofer (DS):* Pourquoi dites-vous que les médicaments coûtent cher? Par rapport à leur utilité, ils ne sont pas chers.

**PR: Prenons un médicament contre le cancer, qui coûte CHF 100 000 pour une réussite thérapeutique. C'est beaucoup.**

*DS:* Un médicament occasionne des frais d'investissement élevés. Les frais de recherche d'USD 2 milliards doivent ensuite être rentabilisés. De plus, un médicament commercialisé doit aussi financer les études n'aboutissant à aucune autorisation de mise sur le marché, qui ne généreront donc jamais de chiffre d'affaires. Une entreprise pharmaceutique est une entreprise comme les autres, et doit donc être profitable.

**PR: Monsieur Giger, des arguments convaincants en termes d'économie d'entreprise?**

*Max Giger (MG):* Non, absolument pas.

**PR: Et pourquoi pas?**

*MG:* La rentabilité sur le capital investi est beaucoup plus élevée dans la branche pharmaceutique que les autres. Prenons BMW, une entreprise prospère. Son rendement est de 13 à 14 %, contre 23 à 30 % dans l'industrie pharmaceutique. Et cela provient bien du gâteau social, puisque la santé en fait partie.

*DS:* Par rapport aux autres branches, nous gérons des risques importants, et il est bien clair qu'un entrepreneur n'investit que là où il a une certaine marge en perspective. Sans cette perspective, personne n'investirait dans la recherche.

**PR: La perspective d'un retour sur investissement doit-elle effectivement être si élevée, faute d'investisseurs?**

*DS:* Je ne peux pas juger, je connais trop peu les autres branches. Et nos marges en Suisse n'atteignent jamais 20 %.

**PR: Mais combien?**

*DS:* Beaucoup moins. En Suisse, notre problème provient du fait que les prix des médicaments sont fixés en comparaison internationale. Autrement dit, nous dépendons énormément du taux de change de l'euro. Nos prix ont subi des réductions massives au cours de ces dernières années, mais les principaux postes de dépenses, tels que les salaires, restent en francs suisses. Je ne peux dire à mon personnel: nous baissons les salaires parce que le cours de l'euro s'est effondré!



**PR: Monsieur Giger dirait sûrement: prenez la différence sur vos marges, qui sont déjà assez élevées?**

*MG:* L'industrie pharmaceutique vient juste après la finance en termes de niveaux de salaires. Et elle investit presque deux fois plus dans la publicité que dans la recherche. On pourrait ainsi revoir à la baisse la publicité et engager moins de personnel, ce qui permettrait déjà d'économiser massivement.

*DS:* Nos charges salariales ont un niveau tout à fait normal. Contrairement à une idée reçue, nos salaires ne sont pas exorbitants. Notre niveau de salaires dépasse celui d'autres branches parce que 70 à 80% de nos employés ont un diplôme universitaire, sont extrêmement qualifiés, et gagnent donc plus, ce qui est logique. Deuxièmement, la branche pharmaceutique affiche un excellent rapport entre investissements dans la recherche et le développement et dépenses de marketing et de publicité: nos investissements R&D

**«Hormis la mort et la possibilité de la retarder, il y a l'aspect relatif à la qualité de vie.»**

Doris Seltenhofer

sont toujours de 20 %. Certaines autres branches ne peuvent en dire autant.

**PR: Monsieur Giger, regardons les choses en face: il est incontestable que grâce à la médecine, et surtout grâce à de meilleurs médicaments, l'humanité a fait de grands progrès, non?**

*MG:* Sans doute, oui. Mais voyez par exemple comment se soigne le diabète: toujours avec l'ancienne préparation, le Metformin, qui coûte 60 à 70 centimes →

→ par jour, auquel on ajoute au besoin l'insuline pour 3 à 4 francs par jour. Les vraies innovations sont peu nombreuses, ce sont plutôt des produits «me-too» qui se succèdent.

*DS:* D'un autre côté, grâce à la médecine, le cancer du sein est beaucoup moins létal aujourd'hui.

*MG:* C'est faux! Au cours des 10 dernières années, les chances de survie en cas de cancer du sein, ainsi que de l'intestin, n'ont pas évolué, malgré la recherche.

*DS:* Et pour le VIH?

*MG:* Le VIH a permis de gagner beaucoup d'argent.

**PR: Mais les médicaments ont fait progresser l'humanité!**

*MG:* Oui, certes, mais il y a longtemps que les investissements sont refinancés. Et depuis lors, rien de ce que l'on aurait pu attendre n'est arrivé. Chaque année, un ou deux médicaments peut-être sont mis sur le marché, dont on peut dire qu'ils constituent une percée. Cela a été le cas pour l'hépatite C il y a deux ans. Mais parmi tous les anticancéreux vendus actuellement, aucun ne marque un progrès.

**PR: Cela est décevant, Madame Seltenhofer, et relativise aussi les frais de recherche élevés.**

*DS:* Pour de très nombreuses maladies, le taux de mortalité est plus bas qu'il y a 50 ans.

**PR: Et l'espérance de vie a beaucoup augmenté, aussi grâce à la médecine?**

*DS:* C'est le cas, mais hormis la mort et la possibilité de la retarder, il y a l'aspect relatif à la qualité de vie. Prenons la sclérose en plaques. Beaucoup de gens continuent à croire qu'un patient SP est condamné à vivre dans une chaise roulante, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui.

**PR: Grâce aux nouveaux médicaments?**

*DS:* Tout à fait. Ils freinent la progression du handicap, ce qui permet aux patients de rester plus longtemps dans le processus de travail, d'avoir une meilleure qualité de vie, et génère dans le même temps des économies dans d'autres domaines. Ce grand progrès a été rendu possible par l'industrie pharmaceutique.

**PR: Sans aucun doute. Mais revenons sur le point soulevé par Monsieur Giger. Il disait qu'il y a longtemps que les médicaments VIH ont été refinancés. Pourquoi l'industrie pharmaceutique ne baisse-t-elle pas leurs prix, tout**

**«La rentabilité sur le capital investi est beaucoup plus élevée dans la branche pharmaceutique que les autres. Et cela provient bien du gâteau social.»**

*D' méd. Max Giger*

**simplement? Cela sauverait par exemple des millions de vie en Afrique australe?**

*DS:* C'est déjà fait. La plupart des entreprises pharmaceutiques ont dans les pays en développement un projet pour faciliter l'accès aux médicaments. Dans un projet avec l'OMS p. ex., notre société distribue gratuitement des millions de tablettes contre la schistosomiase, une maladie due à un ver, que nous souhaitons éradiquer. Toutefois, dire que nous devrions délivrer gratuitement, ou à moindre prix, des médicaments dans les pays pauvres au motif que la santé ne devrait pas dépendre du niveau de vie, suppose d'être prêt à payer des prix plus élevés en Suisse.

**PR: Cela signifie qu'il faut un consensus social et que l'industrie pharmaceutique ne peut le faire d'elle-même?**

*DS:* Exactement. Cela impliquerait de fixer le prix des médicaments selon le pouvoir d'achat, pour que partout dans le monde, les gens puissent se payer les mêmes médicaments.

**PR: L'industrie pharmaceutique ne pourrait-elle pas faire le premier pas et baisser ses marges?**

*DS:* Non, car l'Inde, la Chine sont des pays très peuplés, tout comme certains pays d'Afrique. Si nous voulons instaurer l'égalité dans l'accès aux médicaments, nous devons passer à un nouveau modèle basé sur le pouvoir d'achat.

**PR: D'accord, Monsieur Giger?**

*MG:* Je ne peux que me répéter:





le fabricant de machines Bühler à Uzwil a un retour sur investissement inférieur à 10 %, tandis que celui de l'industrie pharmaceutique dépasse les 20 %.

**PR: Et selon vous, c'est indécent?**

*MG:* On prend trop d'argent dans le gâteau social, tout simplement. Et aujourd'hui, nous sommes arrivés à un point où l'on peut dire que le système de santé suisse explosera si les investissements dans les anticancéreux se poursuivent, qui offrent une survie supplémentaire d'un mois et demi en moyenne, pour un coût d'environ CHF 200 000 par patient.

*DS:* Le débat relève à ce stade de l'éthique, avec la question: que devons ou voulons-nous soigner vraiment? Est-ce bien de poser une hanche artificielle à un patient de 90 ans?

*MG:* La question est celle du bénéfice que cette personne en retirera. Si elle est grabataire et ne ressent pas de douleur, l'opération ne s'impose pas. Mais si la hanche est douloureuse en cas de changement de position, on peut tout à fait opérer.

**PR: J'aimerais que nous parlions encore de deux modèles actuellement au cœur du débat, qui visent à réduire les coûts des médicaments. Le premier s'appelle Pay-for-Performance, ce qui signifie ne payer qu'en cas d'efficacité. Il est entre autres suggéré par Severin Schwan, le CEO de Roche. Qu'en pensez-vous, Madame Seltenhofer?**

*DS:* Je trouve que l'idée est bonne, mais je me demande comment mesurer la «performance». Selon moi, l'objectif thérapeutique entre en jeu: chez un patient de 45 ans ayant le cancer de l'intestin, le but peut être de prolonger au maximum la durée de vie. Chez un patient de 90 ans, c'est peut-être la qualité de vie qui est centrale. L'objectif thérapeutique peut donc être différent pour une même maladie et une même préparation.

**PR: Donc, l'idée vous plaît, mais de fait, vous estimez qu'elle est irréalisable?**

*DS:* Je ne dis pas qu'elle n'est pas réalisable, mais pour le moment, je ne sais pas comment mesurer de manière standardisée le succès d'un médicament, car chez différents patients, de nombreuses maladies peuvent évoluer de manière très variable, et comme je l'ai déjà dit, l'objectif thérapeutique peut aussi être différent.

*MG:* Ce qu'il faut mesurer, c'est la qualité de vie classique du patient. Peut-il continuer à vivre sans souffrir et refaire les choses qu'il ne faisait plus auparavant? Une personne qui a des douleurs ne peut plus faire face au quotidien normalement. Et pour une personne qui meurt, il n'y a



plus non plus de quotidien. C'est ainsi que cela se mesure.

**PR: Parlons enfin de la proposition entendue régulièrement de ne pas devoir payer l'intégralité du prix de chaque médicament d'une thérapie combinée, grâce à de gros rabais accordés par les fabricants en cas d'action combinée d'un médicament. Seriez-vous d'accord, Madame Seltenhofer?**

*DS:* Sur le principe, oui, même si là encore, la mise en œuvre paraît difficile. Si vous prenez deux préparations d'entreprises différentes, celles-ci devront négocier entre elles une sorte d'accord. Ici encore, c'est une bonne idée, mais est-il possible de la mettre en pratique?

*MG:* Ici, je rejoins entièrement Madame Seltenhofer. Je ne peux pas acheter une BMW et dire que je préfère la moitié d'une Mercedes. Il faudrait s'y retrouver, et cela pourrait être compliqué.

**Patrick Rohr** est journaliste, photographe et conseiller en communication et dirige sa propre entreprise à Zurich. Jusqu'en 2007, il était animateur et rédacteur à la Schweizer Fernsehen (entre autres «Arena», «Quer»).

«L'espoir, ce n'est pas de croire que tout ira bien, mais de croire que les choses auront un sens» (Václav Havel). Trois hypothèses sur les investissements possibles en fin de vie et sur l'espoir de guérison.

Par D<sup>r</sup> méd. Steffen Eychmüller

# A propos des valeurs et des coûts en fin de vie

**E**n cas de maladie à un stade très avancé, l'espoir de guérison est la principale source d'énergie. Cet espoir repose souvent sur des prouesses médico-techniques: mettre le paquet et ne reculer devant rien pour accéder aux tout derniers résultats de la recherche dans le monde entier. Les mauvaises langues parleront alors du commerce très lucratif de l'espoir ou de la peur. Dans ces situations, et surtout dans la dernière phase de la vie, on oublie souvent que c'est pile ou face. Espérer le meilleur et se préparer au pire semble être l'attitude médiane la plus appropriée.

## L'autonomie comme principal pilier

L'idée de la faisabilité convient mieux à la société actuelle, qui définit l'autonomie comme le principal pilier de la dignité humaine, que celle de l'acceptation passive du destin. Cela se reflète dans les attentes spéci-

fiques de chacun, qui sont tournées vers le droit de solliciter les thérapies les plus récentes et les plus coûteuses, même juste avant de s'éteindre. Dans notre monde où tout tourne autour de l'économie, la valeur de soi est alors déterminée par l'investissement dans des thérapies médicales, même dans les situations quasiment sans perspective. Si cela n'est plus possible, le recours au droit de disposer de sa personne sous la forme de l'assistance au suicide ou de l'euthanasie semble être une étape logique. «Lorsque la vie devient une fonction économique, le désinvestissement implique la mort» (U. Bröckling).

## Systèmes de valeurs

Plusieurs propositions, qui n'ont pas un caractère inéluctable, influencent ces systèmes de valeurs: on peut par exemple se demander si l'autonomie est vraiment le bien le plus précieux. De fait, nous sommes très vulnérables en tant qu'individus et dépendons de notre environnement. Malgré tous les travaux de recherche et les progrès médicaux, notre condition est mortelle. Certaines questions demeurent cependant essentielles: dans quoi investissons-nous avant de mourir? Où entrevoyons-nous un espoir de guérison? Comment définissons-nous la guérison? Voici trois hypothèses de réponse:

## Se concentrer exclusivement sur le monde moléculaire

Les médicaments coûteux, qui sont aujourd'hui porteurs d'espoir, notamment pour les maladies à un stade très avancé, se concentrent sur la régulation et l'interaction des molécules. Chez des personnes gravement malades, ils n'ont pas vraiment été testés, voire pas du tout, ni d'ailleurs en cas de troubles complexes de la régulation avec insuffisances organiques en fin de vie. Administrées dans les derniers mois ou les dernières semaines de la vie, ces applications devraient systématiquement être vérifiées quant à leurs effets et effets secondaires, de façon à pouvoir être évaluées par rapport à la qualité de l'indication, et pas seulement par rapport aux paramètres biologiques tels que l'évolution de la tumeur, mais quant à leur influence sur l'activité physique, psychique et sociale des intéressés.

## Viser l'objectif d'une prise en charge globale

La plupart des personnes attendent aujourd'hui une prise en charge et un traitement globaux, qui va donc beaucoup plus loin que l'action moléculaire. Cela

**«Les incitations économiques déterminent la valeur d'une intervention en fin de vie.»**

## En bref

- Malgré tous les progrès, la fin de vie est une réalité qui concerne tout le monde.
- De fait, la plupart des gens espèrent autre chose que des médicaments et des interventions techniques pour leur fin de vie.
- A ce jour, les incitations pour améliorer la planification et l'assistance dans les réseaux régionaux sont largement absentes.



présuppose une communication symétrique entre le spécialiste et le patient. Cette symétrie s'applique aussi à la communication entre les professionnels de santé: de nos jours, il n'est pas rare que les appréciations du médecin de famille soient considérées comme non scientifiques par le spécialiste. A ce niveau, l'état d'esprit de la modestie collective pourrait servir: les patients acceptent que malgré tous les progrès, le destin existe; les spécialistes relativisent leurs possibilités d'action en raison des expériences cliniques fréquentes montrant que dans ces situations, les dégâts possibles peuvent être plus importants que les bénéfices; les médecins traitants se concentrent sur leur rôle de «guide de montagne» principal dans ces situations de vie parfois si difficiles, avec comme «médicament» le plus précieux des relations fiables et rassurantes, où l'on planifie et l'on échange d'égal à égal, avec l'implication des proches. C'est sur cela que repose l'espoir d'un avenir avec une meilleure qualité de vie, malgré les restrictions.

#### **Empêcher les effets pervers économiques**

Les incitations économiques déterminent la valeur d'une intervention en fin de vie. Aujourd'hui, la LAMal

couvre entièrement les coûts des mesures de médecine invasive telles que la pose de stents coronariens, les anticorps dans les thérapies tumorales ou la radiothérapie jusqu'en fin de vie. Si une personne refuse cette intervention médicale et accorde la priorité à son environnement familial à la maison, qui a sur elle un effet «curatif», il en résulte des frais parfois élevés si les soins requis sont importants, qu'elle devra payer de sa poche. Le sous-financement des soins ambulatoires en cas de maladie grave contraste fortement avec les objectifs politiques de la stratégie Santé2020 du Conseil fédéral, qui privilégie les soins intégrés au-delà des frontières du système de santé fragmenté. Les responsables politiques sont sollicités sur ce point et devraient créer des incitations, pour que les aspects ayant trait à l'économie nationale, tels que la prise en charge en réseau, aient une importance au moins aussi grande que les aspects de l'économie d'entreprise, avec dans le viseur le bilan global du «parcours du patient» entre les différents contextes thérapeutiques. De nombreuses études montrent qu'un réseau palliatif fiable au-delà des frontières institutionnelles améliore massivement la qualité de la prise en charge en fin de vie tout en réduisant énormément les dépenses des dernières semaines de vie. Cette baisse est notamment due à la sollicitation nettement plus faible des services des urgences ou des unités de soins intensifs. Des incitations claires devraient donc être créées en faveur d'une planification anticipée au-delà des frontières sectorielles et d'une meilleure coordination dans le réseau.



Les soins palliatifs désignent l'ensemble des mesures pour **soulager les douleurs des patients incurables** et leur procurer la meilleure qualité de vie possible jusqu'à ce qu'ils s'en aillent.

**D<sup>r</sup> méd. Steffen Eychmüller** est médecin adjoint au Centre universitaire de soins palliatifs à l'Inselspital de Berne.



# Il suffit de souffler un peu



**Beda M. Stadler**, né en 1950 à Viège (VS), professeur émérite, a dirigé l'Institut d'immunologie à l'Université de Berne. Il est connu pour ses propos virulents sur les thèmes de politique sociale et de la santé.

**M**on petit-fils de 15 mois a découvert un nouveau jeu. Il court partout, se laisse tomber de manière spectaculaire et fait semblant de s'être fait mal. Il me montre sa blessure et je dois souffler dessus. La douleur simulée disparaît en un rien de temps, il est heureux, et cela n'a rien coûté. Entre adultes, le même jeu s'appelle «médecine alternative». Au lieu de souffler pour faire partir la douleur, on prescrit de petits jus et de petites billes dont il a été prouvé qu'il n'y a rien à l'intérieur, mais qui coûtent assez cher.

Si C30 figure par exemple sur le produit homéopathe, celui-ci contient effectivement dix puissance 37 fois moins que rien, si l'homéopathe a commencé sa dilution par une teinture-mère molaire. Plus simplement: une préparation C30 est aussi diluée que si l'on prenait 60 fois une pomme dans un panier de 24 pommes et que l'on prétendait ensuite qu'il reste une pomme dans le panier, parce qu'on l'a secoué. Si les granulés sont en sucre, le kilo de sucre chez l'homéopathe coûte près de CHF 3000.

Si les caisses-maladie s'en tenaient aux critères EAE prescrits légalement, elles ne devraient pas rembourser de telles préparations. Même avec la meilleure volonté au monde, il n'est pas possible d'attribuer une efficacité à un médicament qui ne contient pas de principe actif. De même, il n'est pas adéquat de soigner des maladies avec des médicaments sans effet. Même si beaucoup de gens croient à quelque chose, cela ne veut pas dire pour autant que cette croyance est une réalité. En effet, cela n'a pas apporté grand-chose de croire que la Terre était plate: elle n'en est pas moins restée ronde. Si les caisses-maladie veulent continuer à prendre en charge ce type de placebos, le soutien financier des croyances et superstitions est la prochaine étape indiquée.

Les amateurs d'ésotérisme et autres fabricants de moulins à prières s'en réjouiraient. Le caractère économique pour le système de santé est aussi dans les valeurs négatives, tout comme l'efficacité et l'adéquation. Les thérapies et médicaments de la médecine alternative soignent le plus souvent des maladies qui ne devraient même pas être traitées ou font double emploi. Néanmoins, lorsque de véritables maladies commencent par être soignées selon des méthodes alternatives, cela débouche presque toujours sur une hausse des coûts, parce que les patients ont consulté le médecin trop tard. Chaque médicament alternatif devrait donc être évalué rigoureusement selon cet aspect: que se passe-t-il si la préparation est prise à tort pour soigner une véritable maladie et qu'il en résulte un surcoût?

**«Cela n'a pas apporté grand-chose de croire que la Terre était plate: elle n'en est pas moins restée ronde.»**

Les dépenses de santé dans la dernière année de vie bondissent. Sur le principe, la société fait preuve d'une grande volonté de financement. Pour les coûts des médicaments contre le cancer toutefois, c'est différent.

Par Konstantin Beck, professeur, et Viktor von Wyl

# Notre mort coûte-t-elle trop cher?

**I**l est avéré que les dépenses de santé au cours de la dernière année enregistrent une hausse explosive. Selon le pays et la couverture d'assurance, elles dépassent entre 5 et 13 fois la moyenne. Dans un projet soutenu par le Fonds national suisse, les deux auteurs ont observé la situation à la loupe.

Huit groupes présentant une évaluation des coûts différente, mais typique, ont été examinés. Pour six d'entre eux, les dépenses ont en effet explosé. A première vue toutefois, les coûts des médicaments ne semblent pas être la cause de cette hausse. C'est plutôt l'augmentation énorme des coûts hospitaliers qui retient l'attention.

Ceci dit, les coûts hospitaliers contiennent également des coûts de médicaments, mais qui n'apparaissent pas dans les statistiques. L'explosion des coûts hospitaliers pourrait donc surtout s'expliquer par les médicaments administrés en milieu hospitalier. La hausse des coûts en fin de vie est également due aux médicaments délivrés en cas de soins ambulatoires. Pour les personnes décédées de maladies tumorales (12% de l'échantillon), les coûts hospitaliers et des médicaments contribuent à peu près aux dépenses à parts égales.

Les coûts élevés des médicaments ne posent pas problème en eux-mêmes. Dans le cadre du même projet, Barbara Fischer et Harry Telser de *polynomics* ont ainsi évalué l'acceptation par la population du financement des prestations de santé en fin de vie. Les valeurs obtenues sont étonnamment élevées et dépassent nettement la limite de CHF 100 000 par année de vie humaine sauvée qui est appliquée par le Tribunal fédéral. Pour résumer: les gens semblent vouloir s'accommoder de frais de traitement élevés en fin de vie.

En ce qui concerne les maladies tumorales, ces résultats doivent toutefois

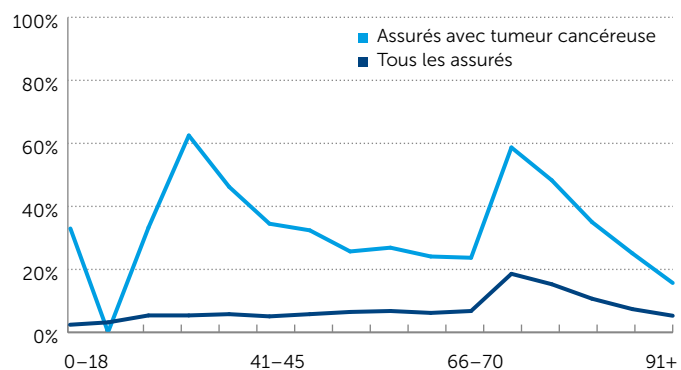
être relativisés. Les frais de traitement pour les cas de cancer mortels dépassent le montant accepté par la collectivité pour plus de 35% des personnes observées (moyenne de tous les décès: 10%). Pour les jeunes adultes précisément, la limite est dépassée dans des proportions pouvant atteindre 63% des cas. Autrement dit, même une population faisant preuve d'acceptation pour les coûts élevés en fin de vie considère que les coûts hospitaliers et des anticancéreux sont trop élevés dans de nombreux cas.

**Konstantin Beck**, D<sup>r</sup> ès sc. écon., est directeur de l'Institut CSS de recherche empirique en économie de la santé et professeur à l'Université de Zurich.

✉ [konstantin.beck@css-institut.ch](mailto:konstantin.beck@css-institut.ch)

**Viktor von Wyl**, docteur en épidémiologie, dirige un groupe de recherche à l'Institut d'épidémiologie, de biostatistique et de prévention de l'Université de Zurich.

## Pourcentage de personnes observées dépassant en fin de vie le niveau de coûts jugé utile par la collectivité





## Qu'est-ce que l'innovation?

Demain, à 5 h du matin, mon petit-fils fera la queue devant le magasin pour le nouvel iPhone.

Et qu'est-ce qui est nouveau? L'écran!

Oui, l'innovation ne se vit plus, elle se commercialise de façon implacable.

## Poste budgétaire gourmand

C'est presque comme pour les médicaments dans l'assurance de base: le voyage en car de l'offre forfaitaire engloutit 20 % de mon budget de vacances.

## Quelle efficacité!

Là, je vante les mérites du grog servi dans l'hôtel de cure: il n'a pas de notice d'emballage, mais une efficacité du tonnerre. Avec certains médicaments, ce n'est pas toujours le cas.