

Réflexions sur les coûts et l'utilité dans le traitement de l'asthme

T. D. Szucs

Introduction

A l'ère des ressources limitées du secteur de la santé, il devient de plus en plus difficile de juger efficacement de l'utilité des technologies et procédés de traitement déjà existants et nouveaux. Le but de ce tour d'horizon est de présenter le fardeau économique de l'asthme bronchique, de même que le rendement économique des mesures diagnostiques et thérapeutiques correspondantes.

Etudes de coût de la maladie

Les études de coût de la maladie sont depuis de nombreuses années une base établie pour la planification des prestations de soins de santé et la définition de priorités [1]. Récemment, la **Global Initiative for Asthma** a passé en revue 6 études de coût de la maladie. Les coûts annuels pour l'économie publique se situaient entre 326 et 1315 US\$ par personne et par année (tabl. 1). Une analyse suisse effectuée par notre groupe et portant sur 589 dossiers de patients a révélé des coûts moyens directs de Frs 1778 par patient et par année et de Frs 1019 par patient et par année [2]. Au total, il nous a été possible de chiffrer le coût économique global de l'asthme à Frs 1,2 milliard. Dans presque toutes les études, la proportion des coûts directs

était située entre 40 et 50% des coûts totaux. Il ne s'agit donc pas de considérer l'asthme du seul point de vue de l'économie publique, mais aussi du point de vue de la charge financière des patients individuels et de leur famille. Une étude américaine a établi des coûts annuels moyens de US\$ 1087 par enfant asthmatique [3]. Une étude australienne utilisant la même méthodologie a établi des coûts de AU\$ 212,48 par patient et par année. Les patients qui avaient été hospitalisés coûtaient chacun AU\$ 884 par année [4]. Les traitements dans les centres d'urgence et les hospitalisations sont les plus coûteux de toutes les formes de traitement de l'asthme. Dans une récente étude [5], le coût d'une hospitalisation pour asthme se situait entre US\$ 2000 pour les cas légers et US\$ 15000 pour les cas sévères.

Etudes de rendement économique

Il existe deux formes d'études importantes pour l'appréciation du caractère économique. Dans l'analyse coût-utilité, tous les coûts et conséquences sont exprimés en unités monétaires. Au contraire, dans une analyse coût-efficacité, on exprime les coûts en unités monétaires et les résultats en unités non-monnaies. De telles unités non-monnaies sont par exemple:

Tableau 1. Etudes de coût de la maladie dans l'asthme bronchique.

pays	année	coûts directs (millions US\$)	coûts indirects (millions US\$)	coûts totaux (millions US\$)	coûts par patient (US\$)
Australie	1991	250	207	457	326
New South Wales	1989	125,8	37,5	163,3	513
Suède	1975	90,8	257,5	348,3	1315
Grande-Bretagne	1988	722,5	1070	179,5	522
USA	1990	3700	2700	6400	640
Suisse	1998	476	307	783	790

Hirslanden Research, Zürich

Correspondance:
Pr Dr Thomas D. Szucs, MBA MPH
Chief Medical Officer
Hirslanden Holding
CH-8008 Zürich

thomas.szucs@hirslanden.ch

1. nombre de vies humaines sauvées,
2. nombre d'années de vie sauvées,
3. nombre de cas de maladie traités avec succès ou évités,
4. réduction de la fréquence ou de la durée de la maladie,
5. nombre de jours de travail gagnés,
6. autres paramètres cliniques (p.ex. coûts par modification FEV₁).

Quintessence

- La quantité et la qualité de la littérature économique dans le domaine de l'asthme bronchique augmentent considérablement. Il existe maintenant la preuve presque unanime qu'en cas d'asthme modéré à sévère, l'administration de corticoïdes en inhalation est plus économique que l'administration de bêta-mimétiques seuls.
- On ne possède aucune donnée sur le caractère économique d'une intervention précoce avec traitement de contrôle en cas d'asthme léger. Globalement, une instruction ciblée sur l'asthme peut être taxée d'économique.
- Pourtant, certaines questions demeurent non résolues. **Premièrement**, il n'existe pas de critères d'efficacité standardisés (dits «outcomes») pour l'asthme. **Deuxièmement**, la recherche clinique doit se concentrer sur l'utilisation des formes d'études appropriées avec l'horizon temporel correspondant ainsi que la mesure exacte des ressources employées et des coûts. Le choix de la substance de comparaison pertinente est également décisif pour le succès d'une analyse du caractère économique. **Troisièmement**, les cliniciens devraient s'engager davantage à quantifier l'utilité économique des nouvelles interventions, exactement comme ils le font dans le cadre de l'établissement de l'évidence clinique. Etant donné que l'évidence économique prend toujours plus d'importance dans la prise de décision médicale, il est essentiel que les cliniciens et les praticiens s'attellent ensemble à cette tâche.

Dans le domaine de l'établissement du diagnostique, on ne dispose que de rares données qui rendent par exemple compte de l'utilité économique des algorithmes diagnostiques. Une seule étude a partiellement pu quantifier la fonction pulmonaire comme instrument de screening. Il n'existe aucune étude concernant la valeur économique d'autres procédés diagnostiques (RX thorax, sérologie ou testing cutané).

Il existe une masse d'études parfois remarquables sur les caractéristiques économiques du traitement pharmacologique de l'asthme bronchique. La plus grande partie de ces études se focalisent sur le traitement par corticostéroïdes en inhalation, en particulier sur le caractère économique des corticoïdes en inhalation ajoutés à un traitement nécessaire de broncho-dilatateurs, en comparaison avec l'administration de broncho-dilatateurs seuls dans l'asthme modéré à sévère. Depuis quelque temps paraissent également des données comparatives sur différents traitements anti-inflammatoires. Dans le domaine des antagonistes des leucotriènes, il existe une seule étude sur le zafirlukast. L'utilité clinique et économique de programmes d'éducation orientés sur le patient est au contraire largement attestée, surtout pour les patients atteints d'une maladie sévère avec un risque élevé. La plus grande partie de ces études sont des analyses coût-utilité classiques et on ne trouve que rarement des analyses coût-efficacité.

Références

- 1 Rice DP, Cooper BS. The economic value of human life. *Amer J Public Health* 1967;57:1954-66.
- 2 Szucs TD, Anderhub HP, Rutishauser M. The economic burden of asthma: direct and indirect costs in Switzerland. *Eur Respir J* 1999;13:281-6.
- 3 Marion RJ, Creer TL, Reynolds RV. Direct and indirect costs associated with the management of childhood asthma. *Ann Allergy* 1985;54:31-4.
- 4 Toelle BG, Peat JK, Mellis CM, Woolcock AJ. The cost of childhood asthma to Australian families. *Pediatr Pulmonol* 1995;19:330-5.
- 5 Stanford R, McLaughlin T, Okamoto LJ. The cost of asthma in the emergency department and hospital. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:211-5.