

Un coup d'œil sur la répartition des coûts de la santé en Suisse

«Est-ce raisonnable que je prescrive un traitement à 150 000 FRS à mon patient?»

Solange Peters^a, Roger von Moos^b, Beat Thurlimann^c

^aDépartement d'Oncologie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

^bService d'Oncologie, Hôpital Cantonal des Grisons, Coire

^cService d'Oncologie, Hôpital Cantonal, St-Gall

Summary

Is prescription of a therapy costing 150 000 CHF reasonable?

The costs of medicinal products have increased substantially in the last decade. Access to medical innovations for all patients is in acute danger. This situation requires a political commitment by the wider community of caregivers, healthcare providers and industry.

New pricing models are inevitable to guarantee access to medical innovation for all people in our society. Further, we must require companies to be more transparent when setting drug prices and require an attitude of consensus on prices between these industries – financially sound.

Finally, our health insurance system must accept some state control to avoid patient selection, but also know the precise margin of manoeuvre over time in terms of cost expenditures assigned to oncology.

Key words: medical innovations, costs, health insurance

Financer des avancées nécessaires

Quinze mille personnes meurent chaque année du cancer en Suisse. Le vieillissement de la population ainsi que nos habitudes de vie en prédisent une significative et continue augmentation (figure 1).

Les statistiques les plus récentes montrent que la survie tend à augmenter au cours du temps dans les pays occidentaux pour la majorité des types de cancer [1]. En Europe, les données de survie à cinq ans s'avèrent meilleures pour les patients diagnostiqués entre 2005 et 2007 qu'entre 1999 et 2001 [2].

Résumé

La problématique des coûts des médicaments doit aujourd'hui trouver d'autres solutions que celle de priver nos patients d'avoir accès de façon équitable à de potentiels bénéfices cliniques significatifs.

Ce sujet nécessite un engagement politique de la communauté large des soignants, prestataires de soins et de l'industrie.

Nous devons chercher des solutions transitoires alternatives de financement dans notre pays. Plus avant, nous devons exiger des entreprises plus de transparence dans la définition des prix des médicaments et requérir une attitude de consensus à l'égard des prix entre ces industries – financièrement saines.

Pour finir, notre système d'assurance-maladie doit accepter un certain contrôle étatique pour éviter toute sélection des patients, mais aussi connaître la marge de manoeuvre précise au fil du temps en termes de coûts dévolus à l'oncologie.

Alors qu'une proportion significative de patients peut aujourd'hui bénéficier de traitements dans un but curatif, le traitement palliatif des maladies avancées reste au centre des préoccupations des oncologues. Parlant de coûts, certains souhaiteraient nous voir fixer une durée minimale de prolongation de survie à considérer comme significative, ce qui s'avère impossible puisque quelques semaines peuvent être d'une importance incommensurable pour nos patients. La Société européenne d'oncologie (ESMO) a fait l'effort de créer un outil à même d'aider notre communauté à anticiper l'étendue du bénéfice escompté des traitements [3]. Par

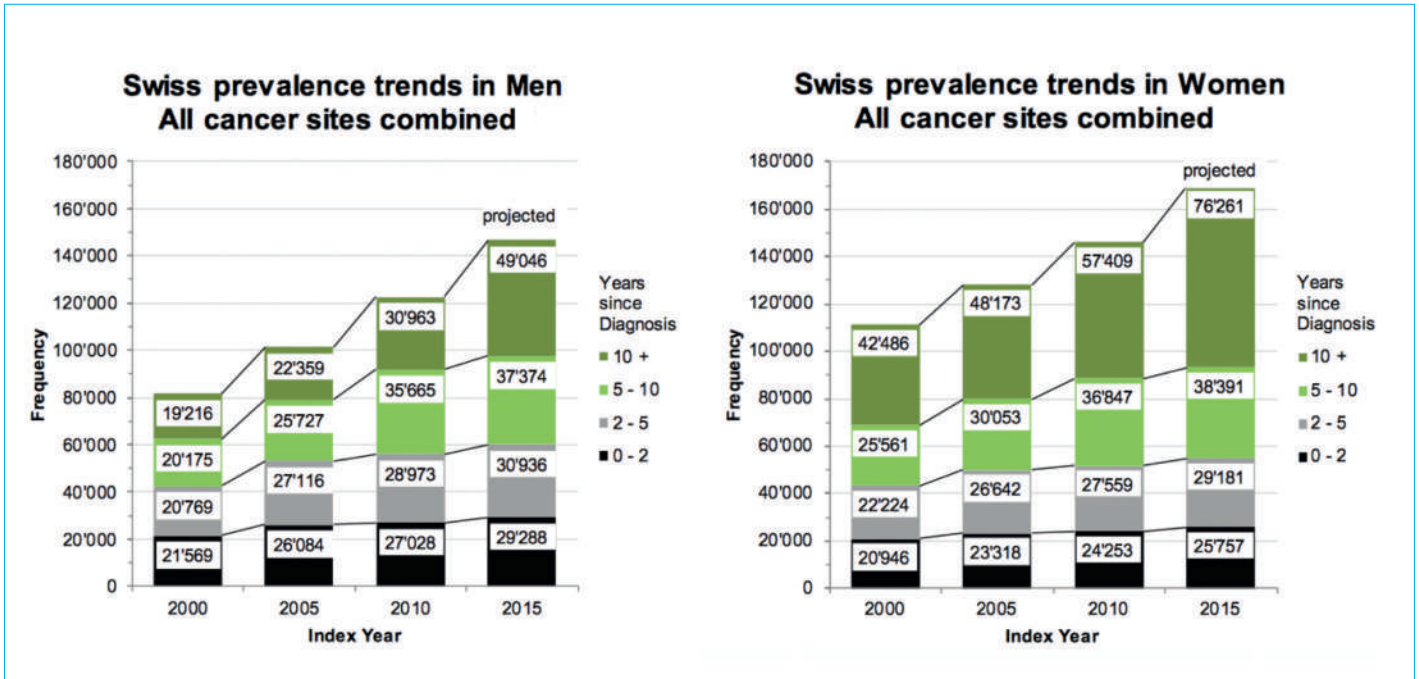


Figure 1: Tendence de prévalance du cancer en Suisse. (Reproduit d'après [6], Institut National pour l'Epidémiologie et l'Enregistrement du Cancer, Suisse. Avec permission du Département fédéral de l'intérieur, Office fédérale de la santé publique OFSP.)

ailleurs, l'impact sociétal et financier des progrès thérapeutiques est rarement évalué de façon exhaustive, en termes d'autonomie et de travail, de besoins de soins ambulatoires ou hospitaliers, mais aussi d'investissement de l'entourage. En effet, les coûts des soins ne représentent que 46% de ceux du cancer (figure 2).

Financer des avancées réelles

Récemment, nous avons applaudi l'émergence de nouvelles stratégies thérapeutiques moléculaire, où des traitements sont conçus pour bloquer des altérations génétiques très spécifiques.

L'immunologie est aussi venue nous apporter de nouvelles méthodes de soins reposant sur la réactivation du système immunitaire contre le cancer. En effet, une des raisons du développement de certaines tumeurs est la capacité des cellules cancéreuses d'envoyer de faux signaux de tolérance au système immunitaire.

Bien que le rôle du mécanisme de blocage du système immunitaire dans le développement de cancers ait été découvert il y a près de vingt ans, il a fallu attendre 2011 pour la mise sur le marché de l'ipilimumab, de la société Bristol-Myers Squibb (BMS). Pour la première fois dans l'histoire de l'oncologie, l'immunothérapie améliore le pronostic des patients, mais peut également offrir une chance de survie à long terme dans le contexte des maladies métastatiques, notamment celles où l'espérance moyenne n'excédait pas une année, comme le cancer du poumon ou le mélanome.

Un coup d'œil sur la répartition des coûts de la santé en Suisse

De façon intéressante, alors que le cancer représente la cause principale de décès entre 25 et 64 ans (figure 3), l'augmentation annuelle des coûts par patient oncologique est similaire à celle observée dans les domaines des maladies cardiovasculaires, du diabète et des maladies respiratoires [4].

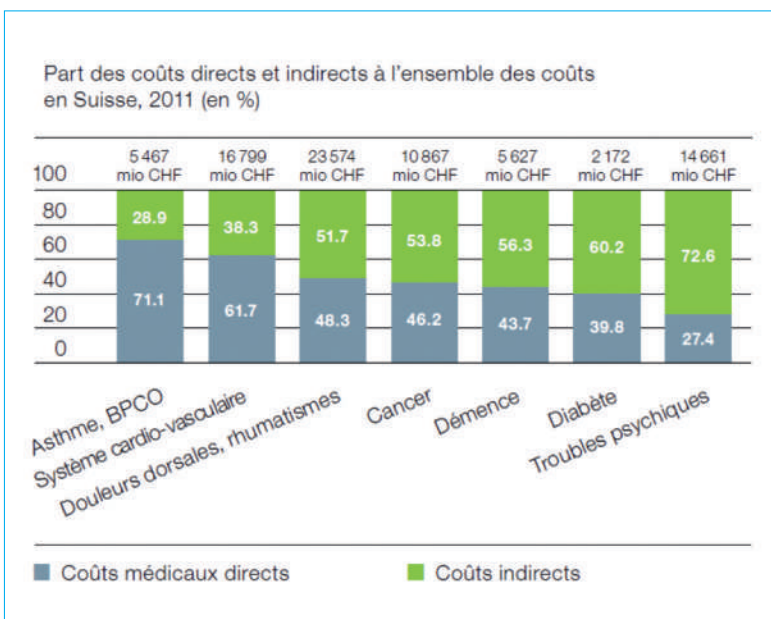


Figure 2: Coûts directs et indirects. (Reproduit d'après [7]. Avec permission du Département fédéral de l'intérieur, Office fédérale de la santé publique OFSP.)

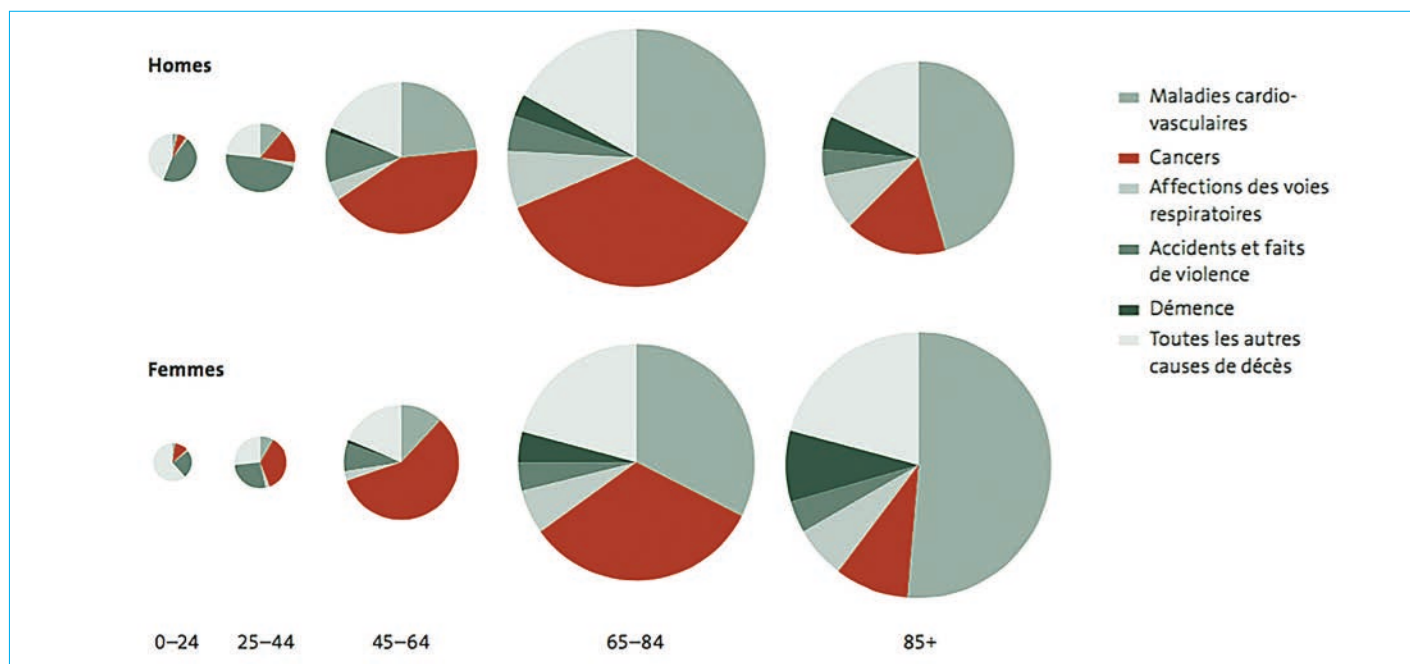


Figure 3: Répartition des causes de décès en fonction de la tranche d'âge. La taille des différents cercles correspond au nombre de décès par tranche d'âge. (Reproduit d'après [8], Programme national contre le cancer pour la Suisse 2011–2015. Avec permission de la Ligue Suisse contre le cancer. Oncosuisse/LSC.)

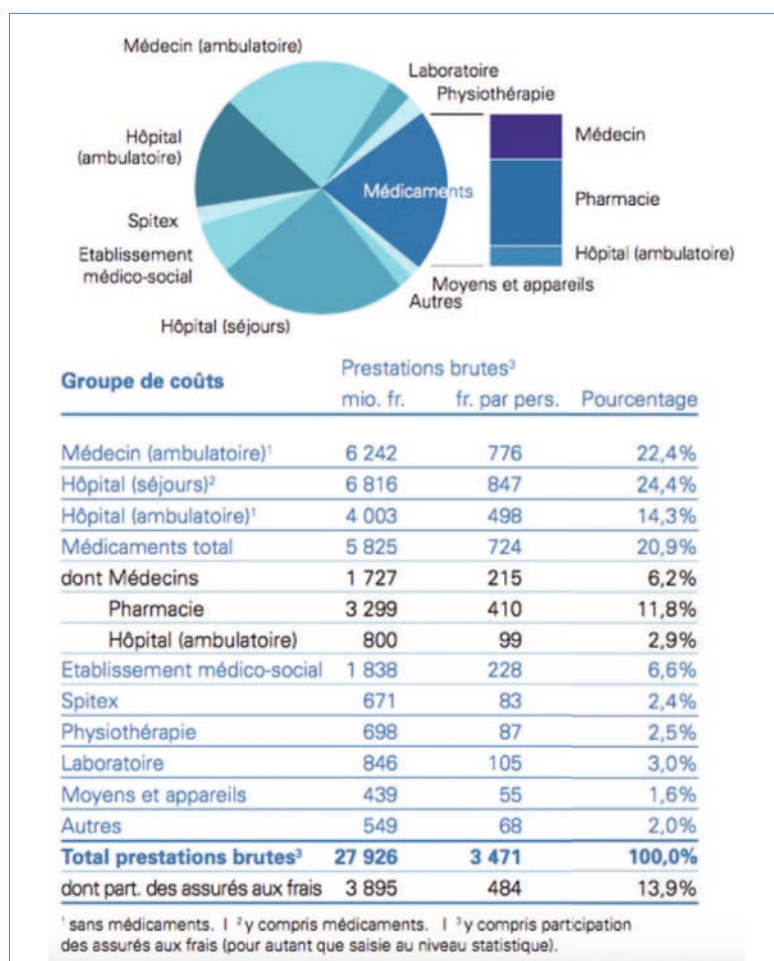


Figure 4: Assurance-maladie: groupes de coûts 2013. (Reproduit d'après [9]. Avec permission du Département fédéral de l'intérieur, Office fédérale de la santé publique OFSP.)

Le traitement du cancer représente en moyenne 4% des coûts à la charge du système de santé suisse, dont 20–30% sont attribuables aux médicaments oncologiques (figure 4).

Les coûts liés à la santé en Suisse restent très similaires à nos pays voisins et augmentent discrètement au cours de ces dernières années (figure 5).

Globalement, ces chiffres démontrent l'existence évidente d'une certaine marge de manœuvre quant à une augmentation sensible des coûts des traitements oncologiques dans notre pays. Une vaste majorité de ceux-ci étant absorbés dans un système d'assurances privées et compétitives à la lecture difficile et de transparence insuffisante, que nous discuterons plus tard, la santé financière de ces entreprises confirme a fortiori cette affirmation.

L'immunothérapie en exemple: une génération de médicaments formidables mais chers

L'ipilimumab a généré un chiffre d'affaires de 1,3 milliard de dollars l'an dernier. Selon les analystes financiers, le nouveau médicament apparenté (nivolumab), pourrait générer un chiffre d'affaires annuel de 6 milliards de dollars dès 2020, sur la base d'un coût de traitement de 150 000 dollars par patient et par année. De tels médicaments sont en développement au sein de la majorité des compagnies pharmaceutiques actives en oncologie, induisant l'existence d'une âpre compétition. Contrairement au cardiovasculaire, un secteur certes gigantesque mais à faible croissance, l'oncologie représente un potentiel de chiffre d'affaires inestimable.

	en pour cent du PIB		en fr. par personne ¹		
	2002	2012	2002	2012	Ø 2002-2012
Italie	8,3	9,2	3 957	4 372	+1,1%
Espagne	7,3	9,3	3 091	4 070	+3,0%
Grande-Bretagne	7,6	9,3	3 883	4 535	+1,7%
Suède	9,2	9,6	4 777	5 594	+1,6%
Autriche	10,1	11,1	5 414	6 671	+2,1%
Allemagne	10,6	11,3	5 197	6 555	+2,4%
Suisse	10,9	11,4	6 505	8 460	+2,7%
France	10,5	11,6	5 192	5 843	+1,2%
Etats-Unis	15,2	16,9	9 658	12 154	+2,4%

¹ parités de pouvoir d'achat corrigées selon les parités de l'OCDE pour le produit intérieur brut.

Figure 5: Dépenses de santé dans quelques pays. (Reproduit d'après [9]. Avec permission du Département fédéral de l'intérieur, Office fédérale de la santé publique OFSP.)

La rigueur de l'enregistrement des médicaments

Avant d'être mis sur le marché, un médicament doit être testé lors de nombreux essais cliniques qui devront démontrer son efficacité et son innocuité. En moyenne, un médicament nécessitera 65 essais cliniques et la participation de 400 participants [5].

Pour pouvoir être commercialisé et utilisé en Suisse, un médicament doit d'abord obtenir une autorisation de mise sur le marché délivrée par *Swissmedic*. L'enregistrement des médicaments suit une évaluation scientifique rigoureuse, découplée de toute considération financière. Après que *Swissmedic* se soit prononcé au niveau de l'efficacité du traitement, c'est au tour de l'*Office fédéral de la santé publique* de décider s'il doit être remboursé par l'assurance-maladie obligatoire, sur la base des paramètres d'économicité du médicament. La dissociation entre la science et l'accès concret au médicament est parfois perçue comme positive, permettant une revue objective des données par *Swissmedic*. Cependant à l'extrême, ce système pourrait résulter en une situation comme celle vécue aux Etats-Unis, où malgré l'enregistrement d'un médicament, sa disponibilité ne devient pas réelle pour beaucoup de patients.

La définition du prix des médicaments et ses mystères: le rôle de l'industrie

La proposition initiale de prix est faite par l'industrie pharmaceutique, qui prend en compte le remboursement et l'amortissement du coût de la recherche en lien avec le médicament prescrit. Alors que ce mécanisme semble justifié, il manque de transparence. En

effet, le prix du développement de chaque médicament n'est pas connu, et il semble clair qu'une partie de la recherche infructueuse de l'industrie est également payée par cette voie. Malheureusement, cette recherche peut souvent s'avérer assez éloignée des vraies préoccupations des cliniciens et des patients, visant parfois des améliorations marginales dans un environnement industriel compétitif. Le fait que ce prix soit habituellement aligné sur le prix initial dans le premier pays enregistreur (souvent les Etats-Unis), qu'il ne change pas en cas d'élargissement ou changement de l'indication ou encore qu'il ne soit que rarement révisé sont des arguments appuyant ce caractère d'illisibilité. Pour finir, on se rappellera encore de la situation économique saine de ces industries dans leur ensemble, reflétée aussi par le salaire des cadres globalement plus élevés que dans d'autres secteurs du privé (figure 6).

Les médicaments onéreux fragilisent-ils notre système d'assurance-maladie?

De plus en plus, le système suisse d'assurance-maladie est critiqué par de nombreux partis politiques, qu'ils se situent à gauche ou à droite de l'échiquier politique. Le reproche principal est une fois de plus le manque de transparence dans les comptes des caisses maladie. Alors que la loi oblige le remboursement de prestations définies par la LAMal, cette loi pourrait laisser trop de marge aux manœuvres dilatoires: franchises élevées, comptabilité relativement opaque et non-séparation des «complémentaires» et prestations de base, a fortiori face à l'émergence de traitements exceptionnellement chers.

De surcroît, le remboursement par plusieurs assurances de médicaments ou de prestations qui n'ont pas fait preuve de leur efficacité formelle à ce jour devrait être investigué et révisé pour favoriser un accès rapide aux traitements avérés efficaces.

Alors que nos assurances tendent actuellement à refuser des structures de contrôle qui assureraient la clarté dans leur fonctionnement, il est extrêmement difficile de connaître ce que ces entreprises pourraient encore absorber comme coûts en termes de médicaments. Cependant, protéger notre système unique et solidaire d'accès aux traitements doit rester une ultime priorité, confirmant l'importance de réfléchir plus avant à l'évolution de ces coûts.

Les nouvelles pistes de financement de la recherche et des médicaments

Si certains doutes subsistent quant à la façon dont le prix des médicaments reflète la réalité d'une recherche préalable associée, la recherche académique est nettement plus à même de générer de moindres coûts, mais avant tout de mener une recherche qui ait réellement

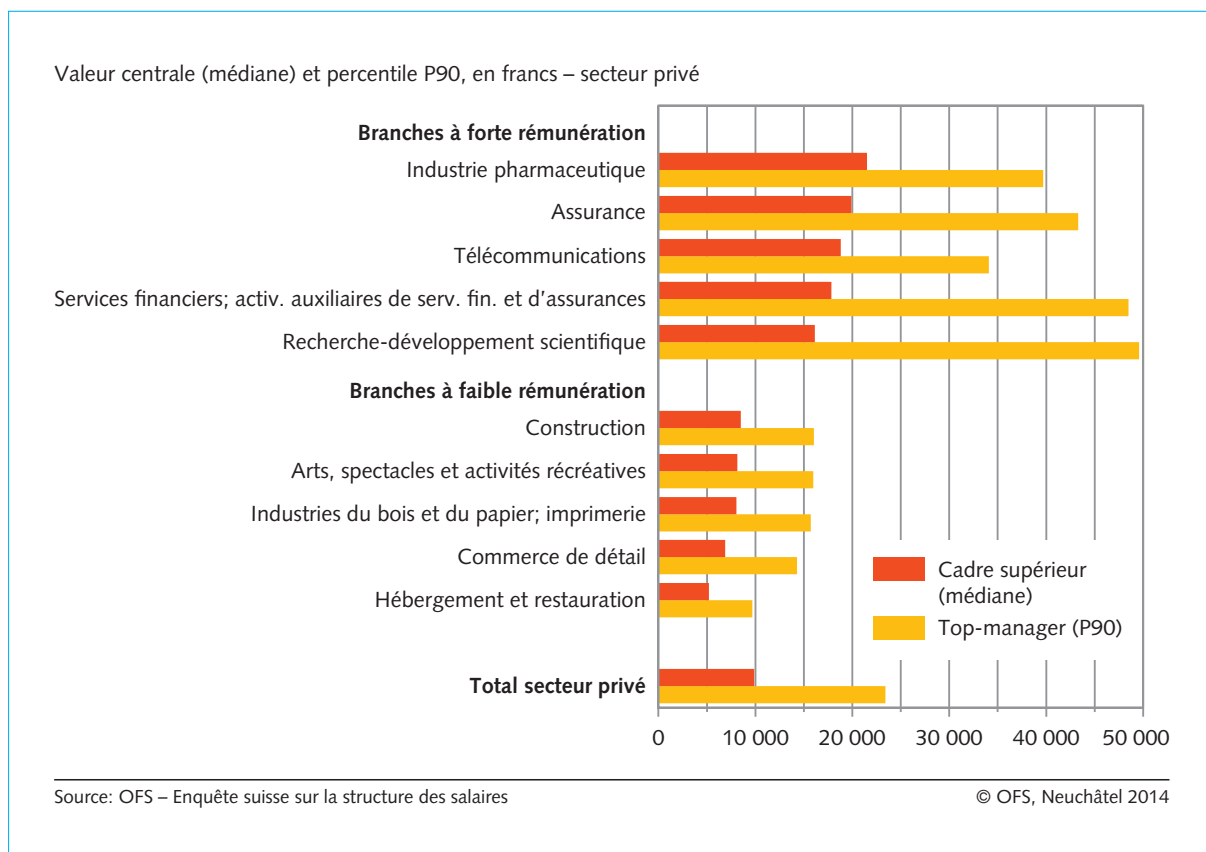


Figure 6: Salaire mensuel brut des cadres supérieurs, en 2012. (Reproduit d'après [10]. Avec permission du Département fédéral de l'intérieur, Office fédérale de la santé publique OFSP.)

du sens pour notre spécialité et nos patients. La première solution à ce problème de coûts serait donc d'imaginer un soutien fortement accru de l'Etat à la recherche académique indépendante, devenue très difficile à mener ces dernières années.

Par ailleurs, le prix relativement obscur des médicaments arrivant sur le marché nous amènera à négocier de nouveaux systèmes participatifs de paiements avec l'industrie. Comme les médicaments ne sont pas bénéfiques pour tous les patients, on peut imaginer un remboursement qui ne prendrait place qu'après une certaine durée de traitement démontrant son efficacité. Ou à l'inverse, notre système pourrait accepter d'investir pour une certaine durée de traitement, et la suite serait prise en charge par les fabricants (*capping*). Cependant, toutes ces alternatives nécessiteraient des modélisations financières poussées, basées sur des données que nous n'avons pas en main.

Finalement, sur le plan international, il serait temps que les compagnies pharmaceutiques en compétition s'asseyent autour d'une table pour mettre en relief ce que les différents pays pourront payer, imaginer de façon consensuelle de nouveaux plans de remboursement sur le long terme et un bénéfice financier discrètement moindre, pour le bien des malades, n'en déplaît partiellement aux actionnaires.

Faut-il renier les avancées thérapeutiques ou nous lancer plus activement en politique?

Il nous semble donc inévitable transitoirement de prescrire ces traitements efficaces à 150 000 francs à nos patients. Cependant, nous devons aussi en tant que professionnels de la santé nous impliquer plus avant en politique, même si nous n'en avons pas l'habitude, afin de sécuriser de façon pérenne l'accès aux médicaments qui changent vraiment le devenir de nos patients.

- Il reste indubitablement une marge dans notre pays pour payer l'innovation, dont nous ne connaissons qu'incomplètement l'étendue du fait de notre système d'assurance.
- Nous devons travailler à la transparence dans la définition du prix des médicaments, au niveau des firmes pharmaceutiques ainsi que dans chaque étape de négociation menant à son remboursement par l'OFAS. Il est peu probable qu'un seul de ces médicaments chers ne vaille un tel prix si un plan de remboursement sur le moyen terme devait être pris en compte, et si cet effort pouvait prendre place transversalement entre les compagnies au niveau international.

- Nous devons développer de nouveaux modèles de financement des médicaments en collaboration avec l'industrie pharmaceutique, en tant que première étape et pour l'immédiat en Suisse.
- Une recherche académique plus fortement soutenue par l'Etat serait à même de participer à la commercialisation de médicaments dont le prix serait proche des réels coûts de la recherche associée.
- Notre système d'assurance doit éclaircir comment ses budgets et comptes se divisent entre les prestations obligatoires et privées et accepter un certain contrôle à ce niveau. Elle doit offrir l'essentiel à chaque citoyen, et repenser la prise en charge de certaines approches qui n'ont pas fait leurs preuves formellement.

Disclosure statement

BT possède des actions de Novartis et de Roche. Président du Groupe Suisse de Recherche Clinique sur le Cancer (SAKK).

Correspondance:

Dr Solange Peters, MD-PhD
Médecin Associé
PD & MER
Département d'Oncologie – CHUV
CH-1011 Lausanne
Solange.Peters[at]chuv.ch

Références

- 1 Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. SEER*Stat Database: North American Association of Central Cancer Registries (NAACCR) Incidence-CINA Analytic File. 1995–2010, for Expanded Races, custom file with county, ACS Facts & Figures projection project, North American Association of Central Cancer Registries. Bethesda, MD: National Cancer Institute, Division of Cancer Control and Population Sciences, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch. 2013.
- 2 De Angelis R, et al. Cancer survival in Europe. 1999–2007 by country and age: Results of EURO-CARE-5 – a population-based study. *Lancet Oncol.* 2014.
- 3 Cherny NI, et al. A standardised, generic, validated approach to stratify the magnitude of clinical benefit that can be anticipated from anti-cancer therapies: The European Society for Medical Oncology Magnitude of Clinical Benefit Scale (ESMO-MCBS). *Ann Oncol.* 2015.
- 4 Luengo-Fernandez R, et al. Economic burden of cancer across the European Union: A population-based cost analysis. *Lancet Oncol.* 2013.
- 5 The Body Hunters, par Sonia Shah. The New Press.
- 6 NICER, Institut National pour l'Epidémiologie et l'Enregistrement du Cancer, Suisse. www.nicer.org.
- 7 Wieser S., et al. Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Schlussbericht 2014. OFSP 2014.
- 8 Plan Annuel Contre le Cancer pour la Suisse. 2011–2015.
- 9 Statistiques de poche de l'assurance maladie et accidents. OFSP 2014.
- 10 Office federal de la statistique, Travail, 2012, www.bfs.admin.ch.