

# fiche technique

Sous la responsabilité de ses auteurs

A. Bénard<sup>1</sup>, S. Chkair<sup>2</sup>, N. Costa<sup>3</sup>, N. Hayes<sup>4</sup>  
pour le groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation Sud-Ouest Outre-Mer hospitalier (GIRCI SOHO)

## Évaluation médico-économique : l'essentiel à retenir

L'évaluation médico-économique (EME) est un outil d'aide à la décision. En mettant en relation les résultats cliniques observés avec les efforts financiers consentis pour les obtenir, elle permet d'identifier les interventions qui maximisent l'état de santé d'une population dans la limite des ressources financières disponibles. Par définition comparative, elle repose sur l'estimation des coûts et des résultats cliniques moyens des interventions évaluées, paramètres nécessaires au calcul du ratio d'efficacité (RE).

Celui-ci s'écrit :  $RE = \Delta C / \Delta E$ , où  $\Delta E$  est la différence entre les résultats moyens, et  $\Delta C$ , la différence entre les coûts moyens (1). Le RE représente le coût différentiel pour le gain de 1 point de résultat clinique avec l'intervention évaluée comparativement à l'intervention de référence.

Les résultats sont préférentiellement exprimés en années de vie, on parle alors d'analyse coût-efficacité ; ou en QALY (*Quality-Adjusted Life Years*), on parle alors d'analyse coût-utilité. Un QALY est 1 année de vie pondérée par le bien-être (*quality*). Ce dernier est mesuré par l'utilité, un score compris entre 0 (état de mort) et 1 (parfait état de santé). Les QALY reflètent l'espérance de vie en bonne santé (figure 1) [1].

Le RE peut être présenté sur un plan coût-efficacité (figure 2), qui synthétise les 4 situations possibles issues de l'EME d'une intervention innovante comparée à l'intervention de référence. L'idéal est la situation où la nouvelle intervention est plus efficace et moins coûteuse. La prise de décision nécessite un arbitrage lorsque les différences d'efficacité et de coût ont une corrélation positive.

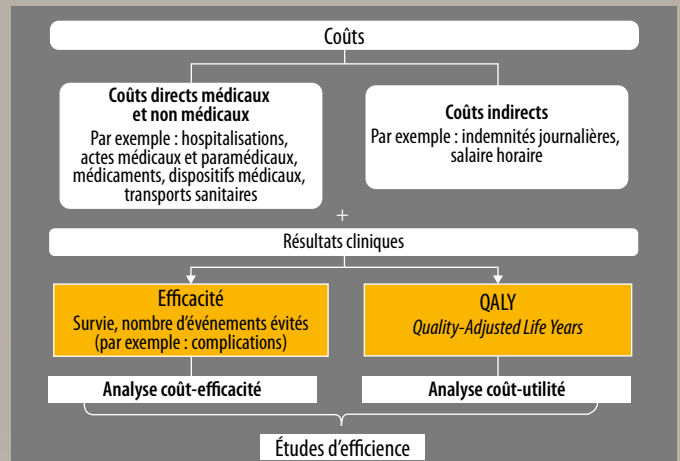


Figure 1. Les 2 types d'étude d'efficacité.

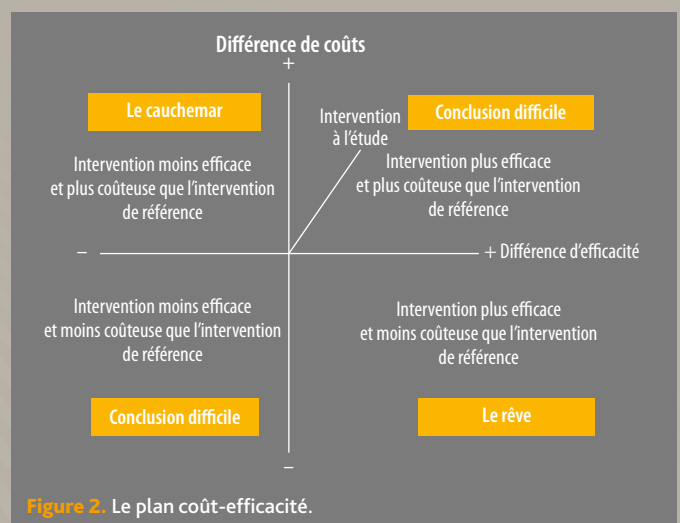


Figure 2. Le plan coût-efficacité.

<sup>1</sup> Pôle de santé publique, service d'information médicale, CHU de Bordeaux; USMR et CIC-EC 14-01, université de Bordeaux, Inserm, Bordeaux Population Health Research Center, team EMOS, UMR 1219.

<sup>2</sup> CHU de Nîmes, cellule médico-économique Niméco ; unité de recherche EA-2415, équipe d'accueil "Biostatistique, épidémiologie clinique et santé publique", institut universitaire de recherche clinique, université de Montpellier-I.

<sup>3</sup> Unité d'évaluation médico-économique (UEME), CHU de Toulouse ; Inserm, UMR 1027, faculté de médecine de Toulouse.

<sup>4</sup> Direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI), innovation et évaluation médico-économique, CHU de Bordeaux.

La thrombectomie mécanique est une avancée thérapeutique majeure dans la prise en charge des accidents vasculaires ischémiques. Plusieurs études ont estimé le ratio coût-utilité de cette stratégie comparativement à la thrombolyse intraveineuse (2-4). Les résultats variaient de 11 651 à 16 001 dollars par QALY gagné. Le surcoût pour le gain de 1 QALY a été jugé acceptable par les financeurs, et la thrombectomie est désormais remboursée par l'Assurance maladie en France.

Le raisonnement médico-économique s'applique à tous les domaines et concerne tous les acteurs de la santé. Nous ne pouvons pas disposer des ressources de la collectivité (Assurance maladie obligatoire) sans nous interroger sur la meilleure façon de les utiliser. Les soignants peuvent utilement s'approprier ce champ d'expertise, car leur place est au cœur de cette réflexion stratégique qui participe à la définition du paysage sanitaire français de demain. ■

Les auteurs tiennent à remercier les membres du groupe de travail Innovation, évaluation médico-économique et évaluation des technologies de santé du GIRCI SOHO. CHU de Bordeaux : Antoine BENARD, Olivier BRANCHARD, Emilie DESNOUVEAUX, Nathalie HAYES, Jean-Martial KOUAME, Laurent PIAZZA ; Institut Bergonié, Bordeaux : Stéphanie HOPPE ; CHRU Pointe-à-Pitre, Guadeloupe : Christophe ARMAND, Christine RHAMBOJAN ; CHU de Limoges : Sandra JUGE, Loïc MARAIS, Achille TCHALLA ; CHU de Fort-De-France, Martinique : Cédric CONTARET ; CHU de Montpellier : Maud BOUCHARD, Guillaume BOUREL, Grégoire MERCIER ; CLCC Montpellier : Jean-Pierre BLEUSE, Nathalie COUX, Hélène De FORGES ; CHU de Nîmes : Sophie BOUVET, Christel CASTELLI, Sihame CHKAIR, Sophie GRANIER ; CHU de Poitiers : Guillaume BERAUD, Marilyne DELLION, Sarah GUYON, Alexandre MANTEAU, Olivier MONLEZUN, Zoé PASQUIER, Manuel ROULAUD ; CHU de la Réunion : Vanessa BASQUE, Christine JUHEL, Samir MEDJANE, Olivier ROLLOT ; CHU de Toulouse : Nadège COSTA, Hélène DERUMEAUX, Ségolène GALANDRIN, Farida GHRIB, Laurent MOLINIER, Muriel TAUZIN ; Institut Claudius-Régaud, Toulouse : Delphine BERCHERY, Sabrina LODIN.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références bibliographiques

1. Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Sep 2015 4th ed. Oxford: Oxford university press.
2. Achit H, Soudant M, Hosseini K et al. Cost-Effectiveness of thrombectomy in patients with acute ischemic stroke: the THRACE randomized controlled trial. *Stroke* 2017;48(10):2843-7.
3. Ganesalingam J, Pizzo E, Morris S, Sunderland T, Ames D, Lobotesis K. Cost-utility analysis of mechanical thrombectomy using stent retrievers in acute ischemic stroke. *Stroke* 2015;46(9):2591-8.
4. Kim AS, Nguyen-Huynh M, Johnston SC. A cost-utility analysis of mechanical thrombectomy as an adjunct to intravenous tissue-type plasminogen activator for acute large-vessel ischemic stroke. *Stroke* 2011;42(7):2013-8.

Stroke Live Course  
**SLICE**  
 THE MULTIDISCIPLINARY STROKE TEAM MEETING

Scannez le QR Code pour obtenir la réduction

Le congrès pluridisciplinaire de l'AVC  
 1-3 Octobre 2018 à Nice  
[www.slice-online.com](http://www.slice-online.com)

-100€