

« L'Evaluation Economique des Stratégies Thérapeutiques »

R. Launois⁽¹⁻²⁾

In : Réalités Industrielles, Annales des Mines, 1991 (juillet/août) :81-86

(1) UNIVERSITE Paris XIII – Faculté de médecine Léonard de Vinci – 74, rue Marcel Cachin - 93017 Bobigny (France)

(2) REES France - 28, rue d'Assas - 75 006 Paris (France) – Email : reesfrance@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.rees-france.com>

Bien-être ou rentabilité ?

Efficacité ou coût ?

Savoir équilibrer le plus judicieusement possible ces facteurs afin de parvenir à l'efficacité maximale dans le domaine de la santé, tel est le but que poursuit l'économiste en s'efforçant d'évaluer les stratégies thérapeutiques.

Compte-tenu de la rareté inévitable des ressources et des attentes croissantes des malades, le médecin est confronté à des choix. Pour pouvoir les effectuer, il faut expliciter les conséquences des diverses actions possibles et recenser l'ensemble des moyens qui permettent d'obtenir un résultat.

L'efficacité, c'est-à-dire la recherche du meilleur rapport du coût et des performances est un impératif moral. Les décideurs trop souvent ne considèrent qu'un seul de ces deux aspects : les médecins privilégient le critère d'efficacité, les comptables sont essentiellement préoccupés par les coûts. C'est le rapport de ces deux paramètres qu'il convient d'améliorer, dès lors qu'on considère que la consommation médicale n'est pas une fin en soi mais un moyen de contribuer à l'amélioration de la santé des patients

1. PRINCIPES-CLES D'UNE BONNE EVALUATION

1.1 Confronter coût et service rendu

Dans tous les domaines, c'est bien là l'élément déterminant du choix. Aucun d'entre nous n'accepterait d'acheter un bien les yeux fermés. Inversement, quel qu'en puisse être l'attrait, personne ne souhaiterait l'acquérir sans en connaître le prix. Aucun besoin, fut-il essentiel, ne peut accaparer la totalité des ressources disponibles. En situation de rareté, faire le maximum pour un malade, c'est priver les autres patients des moyens qui lui ont été consacrés. Ces virtualités sacrifiées définissent le coût d'un traitement. Pour juger de son opportunité, on est logiquement conduit à s'interroger sur les avantages obtenus en contrepartie. Le décideur doit être à même de savoir ce qu'il obtient en consacrant à un programme des ressources supplémentaires, alors qu'actuellement les décisions sont prises essentiellement en fonction de critères financiers purs. Or, le but n'est pas de rogner aveuglément sur les dépenses, mais d'assurer la cohérence des choix afin d'éviter de dépenser de l'argent en pure perte alors qu'on pourrait sauver beaucoup plus de vies à ressources égales.

Dans une telle démarche, la mesure des résultats doit être correctement articulée avec celle des coûts. L'essentiel est en effet de rechercher la meilleure appréhension impossible de la relation entre les résultats de chaque traitement et les coûts et non pas seulement de mettre en place d'une part des indicateurs cliniques et d'autre part des systèmes comptables, les uns et les autres intrinsèquement satisfaisants, mais sans articulation entre eux. Il faut notamment que soient affectées à chaque traitement toutes les ressources mais rien que les ressources qu'exigent sa mise en œuvre. Ce qui pose le problème du cadrage des effets dont l'ampleur dépend du point de vue retenu et de la position des acteurs concernés.

1.2 Se placer du côté du décideur

Selon les présentations économiques traditionnelles, l'évaluation a pour objet de comparer la rentabilité des différentes actions du point de vue de l'intérêt collectif. Il est vrai que la mise en œuvre d'un projet nouveau, quel qu'il soit, implique des gagnants et des perdants. En théorie pure, le projet est jugé bénéfique pour la collectivité lorsque les premiers ont plus à gagner que les seconds n'ont à perdre. Lorsque l'intérêt général est en cause, on prendra en compte l'ensemble des coûts des divers agents et on additionnera l'ensemble des charges financières et des pertes de

production pour calculer le coût économique du traitement. En pratique, un tel raisonnement n'est pas opérationnel, du fait de la multiplicité des acteurs et des conflits d'intérêt existants. Il faut cesser de croire à l'existence d'un décideur unique et immatériel, l'Etat, supposé représenter l'intérêt général. Dans cette nouvelle perspective, l'évaluation fournit un cadre logique au recueil de l'information, sa finalité est de permettre aux différents acteurs de mieux atteindre leurs objectifs en optimisant l'utilisation des ressources qu'ils contrôlent. Pour cadrer les effets, positifs ou négatifs, il faut bien fixer des limites de territoire et adopter un point de vue déterminé.

Si on s'intéresse à l'origine du financement, on respectera les clivages budgétaires en répartissant les charges entre les divers financeurs, Sécurité Sociale, collectivités locales, malades, ...

Si l'on s'en tient au point de vue du principal payeur, l'analyse ne portera que sur les demandes de remboursement adressées à la Sécurité Sociale pour les soins hospitaliers et les soins ambulatoires, ce qui permet de procéder à une analyse ouverte du coût du traitement en ne la réduisant pas à une optique strictement hospitalière.

Si l'on se place enfin du point de vue de l'hôpital et plus particulièrement des médecins qui y travaillent, il convient de limiter l'analyse des coûts à ceux sur lesquels les praticiens peuvent exercer une action directe en modifiant leurs choix thérapeutiques, ce qui suppose qu'une distinction très soignée soit opérée entre les charges indirectes et les charges directes de telle sorte que le corps médical ne soit tenu pour responsable que des seules dépenses qui peuvent lui être imputées sans convention et sans ambiguïté. Les charges directes recouvrent alors le coût des journées d'hospitalisation et le coût standard des actes lourds. Le coût de telles journées se calcule en divisant les dépenses directes de fonctionnement de l'unité par le nombre de journées. Ce coût regroupe les dépenses fixes (personnel et amortissement) et variables (dépenses médicales et pharmaceutiques) hors prescription d'analyses et d'examens radiologiques. On y ajoute les coûts spécifiques induits par la prise en charge d'une pathologie donnée selon le type de protocole retenu, c'est-à-dire le coût des actes effectués par d'autres services de l'hôpital (frais de consommation médico-techniques individualisés par malade).

Ces actes médico-techniques sont évalués à partir du prix de revient de ces prestations pour l'hôpital et non pas à partir des tarifs de la Sécurité Sociale. La cotation Sécurité Sociale correspondant aux actes individualisés dont chaque patient a bénéficié est donc valorisée sur la base d'un coût de revient réel.

Le cadrage des effets positifs ou négatifs peut donc être multiple. On ne peut guère se fonder sur des règles systématiques en la matière, tout dépend des objectifs particuliers qui président à l'étude.

1.3 Raisonner en termes différentiels

Chercher le coût et l'efficacité d'un traitement n'a guère de sens dans l'absolu. Ce qui importe, c'est de chiffrer les coûts et les effets d'une décision par rapport à une autre. Tous les effets positifs ou négatifs sont étudiés en termes de modifications par rapport à une situation de référence. Les différences observées mesurent les surcoûts et les gains additionnels qu'entraîne le choix d'un des traitements envisagés par rapport à la thérapeutique conventionnelle mise en œuvre sur le groupe témoin. Le but est de rapporter les bénéfices additionnels obtenus dans le cadre de chaque traitement aux moyens supplémentaires consacrés à leur obtention afin de choisir celui qui procure le plus d'avantages ou le plus d'utilité ou encore le plus d'efficacité par franc dépensé.

Deux types de situations doivent être distingués : ou bien les stratégies diagnostiques et thérapeutiques sont indépendantes – par exemple, un pontage et une dialyse rénale – ou bien elles sont mutuellement exclusives, comme une tumorectomie et une mastectomie.

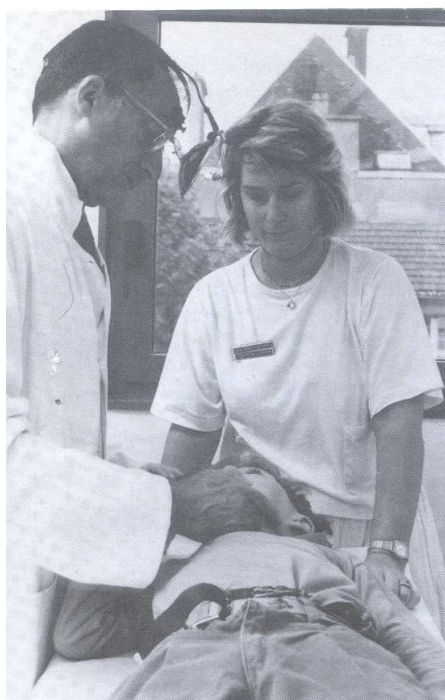
Dans le premier cas, l'algorithme de décision consiste à classer les stratégies en partant de la moins coûteuse par unité d'efficacité et à sélectionner les moins onéreuses jusqu'à épuisement de la contrainte budgétaire (procédure coût-efficacité moyenne). Dans le second cas, après avoir déterminé l'ensemble des stratégies possibles, celui-ci est partitionné en deux sous-ensembles, celui des stratégies efficaces et celui des stratégies dominées. La règle à appliquer est donc simple, l'élimination d'une stratégie est possible si, et uniquement si, la variation relative de coût qui accompagne son remplacement est inférieure à celle qui aurait été induite par sa mise en œuvre (procédure surcoût/surcroît d'efficacité). Quel que soit le cas de figure, la comparaison à une situation de référence est donc impérative.

Lorsque celle-ci fait défaut, les études se réduisent à de simples monographies descriptives, portant soit sur les moyens mobilisés, soit sur les résultats obtenus ou même les deux à la fois, mais qui, en l'absence d'étalon, ne permettent de formuler aucun jugement.

1.4 Prendre en compte le temps

Il faut dresser un échancier des effets attendus du traitement et des dépenses encourues au cours des différents épisodes de soins. L'élaboration d'un tel échancier pose deux problèmes. Le premier, c'est la dépréciation monétaire qu'on peut neutraliser en raisonnant à prix constants. Le second, c'est le phénomène de « dépréciation du futur », illustré par le vieil adage « un tien vaut mieux que deux tu l'auras ». Deux sommes d'argent égales, mais disponibles à des dates différentes, ne représentent pas la même valeur. Deux raisons à cela : une consommation immédiate est toujours préférable pour les individus à une consommation différée.

Par ailleurs, les ressources qui ne sont pas consommées aujourd'hui peuvent toujours être investies ailleurs. Ceci est totalement accepté pour les coûts, doit-on également l'admettre pour les effets de santé ? Une majorité d'auteurs considère que tel doit être le cas malgré l'absence d'un marché où l'on pourrait choisir entre une amélioration immédiate ou à distance de son état de santé, en s'appuyant sur la notion de « coût d'opportunité ».



La consommation médicale n'est pas une fin en soi mais un moyen de contribuer à l'amélioration de la santé des patients
(Centre de l'image – Assistance publique des hôpitaux de Paris)

Soient deux programmes de santé A et B : la mise en œuvre du programme A coûte aujourd'hui 10 millions de francs et permet de sauver 500 vies immédiatement. Le programme B coûte la même somme mais ne permet de sauver ce même nombre de vies que 30 ans plus tard. Si le projet B n'était pas adopté, l'argent correspondant pourrait être placé au taux d'intérêt prévalent, 5 % par exemple ; 30 ans après, on disposerait donc de 40 millions de francs. Le projet B est donc équivalent à un projet B' dont le coût dans 30 ans serait de 40 millions de francs et dont l'efficacité égalerait 500 vies. Si l'on se place au moment où l'argent est dépensé, le rapport coût-efficacité du projet A est égal à 20 000 francs par décès évité, celui du projet B' atteint 80 000 francs par décès évité. Dans la mesure où la disposition marginale à payer reste constante dans le temps, le projet A doit être préféré au projet B. Estimer le coût à venir du projet B au moment où celui-ci produit ses effets est

Mathématiquement équivalent au calcul de la valeur actuelle des effets de santé par rapport à l'instant où les coûts ont été engagés pour les obtenir.
L'actualisation est donc justifiée.

2. L'IDENTIFICATION DES VARIABLES

L'analyse traditionnelle distingue clairement les coûts et les conséquences d'un traitement, en listant à chaque fois les variables à prendre en considération, selon la nature des effets. Cette approche fournit l'éventail des paramètres parmi lesquels l'analyste choisit ceux qui se rapportent plus spécifiquement au point de vue retenu.

2.1 Les coûts

L'analyse distingue traditionnellement trois sortes de coûts.

- **Les coûts directs** (C1) recouvrent toutes les charges financières qui découlent directement de l'action thérapeutique, que ces charges correspondent à des dépenses médicales (actes médicaux, pharmacie, hospitalisation) ou à des dépenses annexes d'aide au maintien à domicile, de transport ou d'aménagement des habitations.
- **Les coûts indirects** (C2) englobent toutes les pertes de production occasionnées par le traitement lui-même, temps pris sur l'activité professionnelle du malade ou de son entourage pour en assurer l'observance, années potentielles de vie active perdues du fait d'accidents iatrogéniques.
- **Les coûts psychologiques** (C3) se réfèrent à la souffrance et à la gêne provoquée par le traitement pour le malade et sa famille. Ces préjudices non économiques peuvent être évalués à partir des dommages et intérêts que les tribunaux allouent aux victimes à titre de réparation, mais le plus souvent ils ne sont cités que pour mémoire, car le calcul de la compensation de l'irréparable n'est pas chose aisée.

2.1 Les effets

L'effet du traitement peut être apprécié sous trois angles : son effet thérapeutique, ses retombées économiques, ses répercussions sur le confort de vie du malade. Dans le premier cas, on raisonne exclusivement en termes médicaux ; dans le deuxième, on rend commensurable des effets hétérogènes en les monétarisant ; dans le troisième cas on intègre les différents effets du traitement à travers le filtre des jugements et des satisfactions individuelles.

Les effets thérapeutiques sont évalués en termes exclusivement médicaux : taux de survie à cinq ans, nombre d'années de vie gagnées, critères de résultats intermédiaires (sous réserve que leur caractère prédictif ait été démontré).

L'efficacité est évaluée soit à l'aide d'essais contrôlés, soit sur la base d'expériences naturelles. Celles-ci consistent à étudier rétrospectivement deux populations appariées mais non randomisées. Le principal problème est alors celui des biais d'échantillonnage et des variables confondantes qui peuvent venir fausser l'inférence de causalité entre la thérapeutique mise en œuvre et les résultats obtenus. Par contre, cette méthode permet d'analyser un traitement comparativement à ses concurrents dans des conditions proches de la réalité.

Les répercussions économiques sont évaluées en termes de bénéfices directs et indirects.

- *Les bénéfiques directs (B1)* enregistrent les économies réalisées sur la consommation médicale grâce à la mise en œuvre du traitement et l'allègement des dépenses annexes qui en résultent pour le budget familial.
Une question reste controversée, doit-on ou non, pour calculer ces avantages directs, en déduire la consommation médicale induite par l'ensemble des pathologies susceptibles d'apparaître avec la prolongation de la vie due au traitement ? Jusqu'à présent, les experts s'en abstiennent lorsque les atteintes morbides nouvelles dues à l'allongement de l'espérance de vie ne sont pas directement liées à la pathologie initialement traitée.
- *Les bénéfiques indirects (B2)* recensent les pertes de production évitées du fait de la mise en œuvre du traitement pour le malade et sa famille.
On évalue le nombre de journées d'activité professionnelle ou ménagère gagnées grâce à la reconstitution plus précoce de la force de travail et les années potentielles de vie active épargnées à la suite de l'élimination des causes de décès prématurés.
- *Les bénéfiques psychologiques (B3)* tels que la valeur de la santé recouvrée sont aussi difficiles à chiffrer que ne l'étaient les préjudices subjectifs engendrés par la souffrance et la mort.

L'impact sur la qualité de vie est une fin en soi dont il faut tenir compte sans passer par une valorisation marchande. Même s'il n'y avait aucun avantage économique lié au traitement, les sujets désireraient en tout état de cause en bénéficier. Il convient donc d'intégrer dans l'analyse l'effet du traitement sur la satisfaction qu'éprouvent les individus en calculant des scores de qualité de vie à l'aide d'échelles numériques ou en dégagant des coefficients de conversion qui permettent de transformer des années de mauvaise santé en fractions équivalentes d'années de bonne santé.

3. L'IDENTIFICATION DES VARIABLES

Les variables présentées précédemment ont été différemment utilisées et combinées dans la littérature.

3.1 L'optimisation des moyens

Si les coûts directs (C1) sont toujours pris en compte dans les calculs, il n'en va pas de même pour les coûts indirects ou psychologiques. Weinstein et Stason les négligent. Par contre, ils intègrent les avantages directs (B1) et les comptabilisent négativement. Le numérateur du ratio coût-efficacité qu'ils utilisent est donc défini en termes de coût financier net (C1-B1). Le dénominateur, quant à lui, intègre les effets thérapeutiques du traitement sur la durée de vie, il reflète donc le bénéfice sanitaire de l'action médicale.

L'algorithme de décision consiste à choisir la thérapeutique qui correspond au coût le plus bas par unité d'efficacité jusqu'à épuisement de la contrainte budgétaire.

Ce type d'analyse est particulièrement adapté lorsqu'on évalue des innovations majeures dans le domaine des pathologies (« tueuses », par exemple la thrombolyse dans l'infarctus aigu du myocarde. Par contre, dans les maladies chroniques, il est incapable de rendre compte des améliorations de confort qu'apporte le traitement.

3.2 La maximisation de l'effet PNB

Torrance et Klarman recensent systématiquement tous les coûts et les avantages et les valorisent à l'aide d'une unité monétaire commune, ce qui permet leur agrégation. Une exception toutefois, les dépenses supplémentaires induites par les maladies nouvelles liées à l'allongement de la vie sont

exclues du champ d'analyse. Au total, on évalue la contribution économique nette du traitement au produit national brut : $B1 + B2 - C1 - C2$.

Cette approche, correspondant à une évaluation coût-bénéfice, ne fait jamais apparaître explicitement l'impact thérapeutique et les effets du traitement sur le confort de vie du malade. Elle est donc beaucoup moins illustrative pour le corps médical qu'une analyse coût-efficacité.

La valorisation des bénéfices indirects a fait l'objet de controverses méthodologiques. La méthode la plus répandue s'appuie sur la théorie du capital humain. Le calcul s'effectue en déterminant, année par année, selon l'âge et le sexe, le nombre des survivants. Le nombre d'actifs, la valeur moyenne des productions futures actualisées.

Les services rendus par les femmes au foyer sont valorisés par analogie, soit en se référant au salaire d'une employée de maison, soit en évaluant la rémunération qu'aurait pu obtenir la mère de famille si elle avait travaillé à l'extérieur. Les limites de cette technique sont bien connues. Elle sous-estime les coûts et les bénéfices des traitements, dans la mesure où elle ne prend en compte ni la souffrance, ni l'inconfort. La valorisation de la vie des individus reflète plus les inégalités sociales que des différences de productivité et pose au médecin des problèmes éthiques inacceptables. Comment valoriser la vie des retraités ? En définitive, comme l'a dit Mishan, la méthode du capital humain se trompe d'objectif, elle cherche à maximiser le revenu d'une nation au lieu d'optimiser la qualité de vie de ses membres. Sensibles à un tel argument, certains auteurs rapportent la contribution économique nette du traitement défini précédemment à un critère d'efficacité, le nombre d'années de vie sans inconfort. Une telle mesure permet de dégager le coût des aspects intangibles de la vie. Dès lors que les coûts et les bénéfices indirects sont intégrés dans le numérateur, le rapport coût-efficacité reflète le coût net d'une amélioration de la santé saisie dans ses dimensions non économiques.

Par contre, prendre en compte les seuls coûts et bénéfices directs permet de calculer le montant des dépenses requises pour protéger la vie en tant que telle dans toutes ses dimensions économiques et subjectives.

Compte tenu de ces critiques, un méthodologiste réputé comme M. Weinstein recommande d'éliminer purement et simplement les bénéfices et les coûts indirects du calcul des coûts nets.

3.3 Le prix de la qualité de la vie

La forme la plus extensive d'évaluation est l'analyse coût-utilité. Au numérateur est porté le coût financier net du traitement ($B1 - C1$) et au dénominateur, la satisfaction que le malade retire de sa mise en œuvre.

Deux types d'approches sont utilisés : les indicateurs globaux ou synthétiques d'utilité et les profils ou échelles de bonne santé (Nottingham Health Profile en Angleterre, Sickness Impact Profile aux USA, Mc Master Health Indicator au Canada).

Alors que les premiers synthétisent l'information à l'aide d'un chiffre unique, les seconds produisent le plus souvent des résultats en plusieurs dimensions. Seul le Sickness Impact Profile est doté d'un score global. Cet indicateur, s'il permet d'évaluer la désirabilité relative des états de santé les uns par rapport aux autres, n'intègre pas la mortalité. Dès lors que l'on veut évaluer l'ensemble des états de santé le long d'un continuum allant de la pleine santé à la mort, il convient d'utiliser des indicateurs globaux. Le plus connu est celui d'espérance de vie sans inconfort. Ce concept, élaboré pour la première fois dans les années 70 par une équipe de psychologues de San Diego, n'a été diffusé dans les milieux médicaux qu'en 1977, après que Weinstein et Stason aient frappé l'acronyme Qaly (Quality Adjusted Life Years) sur le concept.

L'article de Williams, publié en 1985 dans le *British Medical Journal*, a transformé ce qui n'était jusqu'alors que recherche académique en débat de société. Cet instrument permet de comparer des techniques alternatives, on pondère le nombre d'années de vie gagnées par la qualité de la survie, exprimée par un coefficient de qualité de vie (QoL) et on calcule le coût par Qaly ou année de vie en bonne santé gagnée. Par le biais de l'ajustement des années de vie gagnées en fonction du confort de vie, les coûts et les bénéfices psychologiques (C3, B3) sont indirectement intégrés dans l'analyse. Pour déterminer ces coefficients de pondération, il existe trois méthodes : le jeu de hasard idéalisé, les termes psychologiquement équivalents, les échelles numériques.

- *Le jeu de hasard idéalisé.* Cette méthode est la méthode de référence traditionnellement utilisée pour évaluer les préférences cardinales en situation d'incertitude. Les sujets interrogés doivent choisir entre une situation certaine et une situation à risques. La première, la situation certaine, correspond à l'un des états de santé évalués. La deuxième, la situation à risques, comporte deux issues de référence : la survie dans le meilleur état de santé possible, de probabilité p ou le décès de probabilité $1 - p$.

Si la probabilité de survie en bonne santé est faible, le sujet jouera la sécurité et optera pour la situation certaine (l'état chronique évalué). Si cette probabilité est forte, c'est vers l'éventualité à risque que se portera naturellement sa préférence. La seule différence qui existe entre ces deux cas extrêmes tient à la valeur du coefficient de probabilité de survie en bonne santé. Au fur et à mesure que celui-ci augmente, le sujet est de moins en moins enclin à jouer la solution sûre, mais incomplètement satisfaisante (le maintien dans l'état de santé chronique) et il est de plus en plus tenté par la situation à risque. Quelque part, il existe une valeur seuil du coefficient de probabilité p pour lequel les deux options offertes au patient sont indifférentes. Celles-ci mesurent l'utilité affectée à l'état de santé évalué. Si la valeur de ce coefficient de probabilité est faible, le sujet est prêt à prendre des risques pour



L'évaluation économique des stratégies thérapeutiques apporte des éléments chiffrés sur lesquels les différents partenaires du système de santé peuvent fonder leur décision.

(Photo H. Ozil – Diffuseur Documentation Française)

échapper à un état de santé jugé insatisfaisant, l'utilité de celui-ci ne peut être que médiocre. Dans le cas contraire, le patient juge que l'état évalué est relativement satisfaisant.

- *Les temps psychologiquement équivalents.* Avec cette technique, on demande au patient de choisir entre deux situations : vivre le restant de sa vie t dans un des états chroniques-types, ou jouir pendant une période plus courte, $x < t$, d'une bonne santé. Ces situations sont certaines, au contraire de celles du jeu de hasard idéalisé. Il est simplement demandé au sujet d'indiquer quelle serait à ses yeux la durée de vie en bonne santé qui serait équivalente à celle qui est la sienne aujourd'hui dans un état de santé dégradé.

Par exemple, si un sujet dont l'espérance de vie est de 20 ans estime que 15 ans passés en excellente santé, suivis d'un décès, sont équivalents à 20 ans d'années de vie en perte d'autonomie est égale à $15/20$, c'est-à-dire 0,75.

Lorsque le temps de bonne santé est très bref, le sujet interrogé opte pour le maintien dans l'état chronique. Lorsque le temps de bonne santé est très élevé, le sujet choisit naturellement cette éventualité.

Entre ces deux extrêmes, il existe un temps passé en bonne santé qui est psychologiquement équivalent à celui restant à vivre dans l'état chronique. Le rapport du premier au second permet de transformer ces années de vie passées en mauvaise santé en fractions équivalentes d'années de bonne santé. Ce coefficient d'utilité offre la possibilité de calculer une espérance de vie ajustée en fonction de la qualité de vie.

- *Les échelles numériques.* Celles-ci peuvent être soit des échelles d'intervalles, soit des échelles de proportionnalité. Par définition, les échelles ordinales ne peuvent être utilisées dans l'analyse coût-utilité dans la mesure où elles ne sont pas dotées de calibrage constant. Les échelles d'intervalles sont graduées et on suppose que les distances séparant, sur l'échelle de mesure, les différents états de santé sont représentatives de leurs différences d'utilités. Cependant, ces échelles ne permettent pas d'obtenir une mesure strictement cardinale. En effet, si le rapport des écarts relatifs entre les valeurs absolues d'une échelle d'intervalles a un sens, par contre les rapports entre les niveaux absolus de ces échelles n'en ont pas.

Cette dernière propriété n'est obtenue que dans les échelles de proportionnalité ou échelles métriques. L'indicateur de Rosser utilise cette dernière technique. Il est défini à l'aide de deux critères, le degré de dépendance fonctionnelle (8 au total), le degré d'intensité de la souffrance (4 niveaux). Rosser isole 7 cas représentatifs de l'éventail des 32 solutions possibles et demande à un échantillon d'interviewés, dont 10 médecins, d'apprécier l'inconfort relatif inhérent à chacun d'entre eux. En fonction des réponses, elle a calculé les coefficients de qualité et de vie affectés à ces 7 situations, puis à l'ensemble des situations intermédiaires.

William a utilisé ces coefficients pour évaluer l'état de santé des patients atteints de diverses pathologies avant et après intervention.

Dans l'angine de poitrine par exemple, le pontage coronarien, chez les patients atteints d'une sténose du tronc commun de l'artère coronaire gauche et éprouvant une douleur angineuse sévère, augmente considérablement la longévité et la qualité de vie dans 67 % des cas ; par contre, dans 30 % des cas, il n'apporte aucun bénéfice par rapport au traitement médicamenteux et provoque même le décès chez 3 % des patients.

3.4 Quelle méthode choisir ?

Le regroupement des diverses variables dans un cadre d'analyse déterminé dépend beaucoup moins des conventions adoptées que du type d'impact clinique, économique ou psychologique que l'on cherche à cerner ou que l'on peut saisir. Ces trois catégories d'effets qui sont appréhendés dans les dimensions différentes à l'aide d'unités de compte spécifiques font directement référence aux trois types d'analyse présentés précédemment. Le recours à une de ces méthodes dépend des indicateurs de résultats disponibles et de la nature du problème posé.

Lorsque les effets des traitements comparés sont de même nature, bien que d'intensité différente et qu'ils peuvent être mesurés à l'aide d'un indicateur unique d'efficacité, on utilise celui-ci pour conduire l'analyse : c'est le domaine des évaluations coût-efficacité.

Lorsque les effets attendus portent sur une ou plusieurs dimensions de nature hétérogène, il convient de les rendre commensurables, soit en les monétarisant – c'est l'analyse coûts-bénéfices – soit en les appréciant à travers le filtre des jugements individuels, c'est l'analyse coût-utilité.

4. EVALUER POUR DECIDER

L'évaluation économique des stratégies thérapeutiques est appelée à connaître un développement considérable et ce quelle que soit l'évolution ultérieure du système de protection sociale, puisqu'elle apporte des éléments chiffrés sur lesquels les différents partenaires du système de santé peuvent fonder leur décision.

Ces techniques évaluatives offrent aux professionnels de santé, dans un système de prix administré, les moyens de justifier les tarifs qu'ils demandent, en apportant aux Commissions de la transparence la preuve de la valeur du service médical rendu. S'il existe une chance de prouver l'inanité du système de contrôle des prix, elle passe par la démonstration systématique du bien-fondé des demandes des acteurs. Dans un système de prix libre, ces études permettent de convaincre les acheteurs hospitaliers et ambulatoires des mérites respectifs des différents traitements. Elles peuvent constituer un argument de vente non négligeable pour les industries du médicament et des biotechnologies. Les stratégies de recherche et de développement elles-mêmes pourraient être utilement affinées grâce à l'intégration précoce de l'analyse économique.

Ainsi, il serait possible d'estimer très en amont l'utilité potentielle de nouveaux produits dont l'efficacité serait a priori supposée démontrée, afin de déterminer les axes prioritaires de développement. La mise au point des caractéristiques de ces spécialités pourrait être faite en tenant compte des bénéfices potentiels des diverses modalités d'administration ou de l'ampleur des répercussions psychologiques des effets secondaires.

Il y a là une voie à explorer, où les économistes ne se contenteraient plus de justifier ex post les décisions prises, mais apporteraient ex ante une utile contribution à la définition des stratégies.