m/s NUMÉRO SPÉCIAL

médecine/sciences 1990 ; n° spécial : 25-30

La recherche de l'efficience : un impératif déontologique

Confronter des résultats difficiles à mesurer, avec des moyens qui ne sont pas toujours bien formalisés, telle est l'ambition des économistes de la santé. Leur objectif : dégager des ressources par un meilleur usage de celles qui sont actuellement utilisées sans être évaluées. Pour cela, il faut que les habitudes professionnelles des médecins incluent désormais la mesure de la qualité de leurs actions, systématiquement analysée et comparée.

Robert Launois

ADRESSE

R. Launois : professeur de sciences économiques. Laboratoire de santé publique, UFR de médecine de Bobigny, 74, rue Marcel-Cachin, 93012 Bobigny Cedex, France.

L'économiste a longtemps fait figure de bras séculier d'une administration avare de ses deniers aux yeux des médecins, défenseurs naturels des intérêts du malade. Mais le désintérêt des questions économiques ne risque-t-il pas d'aller à l'encontre de ce même principe ? 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.

Comme le dit A. Williams, la notion de besoin est ambiguë. La réalité du besoin suppose que le malade puisse tirer parti des soins qui lui sont dispensés. Comment justifier en son nom un traitement inefficace ? L'efficience, 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 efficacité, les comptables sont essentiellement préoccupés par les coûts. C'est le rapport de ces deux paramètres qu'il convient d'améliorer, dès lors que l'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.

Les trois principes clés d'une évaluation opérationnelle

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 les yeux fermés un paquet cadeau sans savoir ce qu'il contient. Inversement, une fois dévoilé son contenu, personne n'envisagerait, quel qu'en puisse être l'attrait, de l'acquérir sans en connaître le prix. Aucun besoin, fût-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 [1]. 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 possible 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'exige 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.

Se placer du côté du décideur concerné. 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 sera jugé bénéfique pour la collectivité lorsque les premiers ont plus à gagner que les seconds n'ont à perdre. 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'État, 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 territoires et adopter un point de vue déterminé.

Si c'est l'intérêt général qui 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.

Si l'on se place au niveau de la diffusion des soins dans l'ensemble de la population, on procédera à une analyse du coût financier des activités sanitaires sans différencier les imputations comptables. En revanche, 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 leur choix thérapeutique, ce qui suppose qu'une distinction très soigneuse 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. La masse des charges indirectes, communes à tout l'établissement, ne fait l'objet d'aucune ventilation entre les services.

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.

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.

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.

L'identification des variables

L'analyse traditionnelle distingue clairement les coûts et les conséquences d'un traitement, en établissant la liste à chaque fois des 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.

• 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 provoquées 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.

• 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 commensurables 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 5 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 tirées au hasard. 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. En revanche, 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 bénéfices directs (B1) enregistrent les économies réalisées sur la consommation médicale grâce à la mise en œuvre du traitement et l'allégement des dépenses annexes qui en résulte 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 bénéfices 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 prématuré ;
— les bénéfices psychologiques (B3) tels que la valeur de la santé recouvrée sont aussi difficiles à chiffrer que ne le sont les préjudices subjectifs engendrés par la souffrance et la mort. La technique de la disposition marginale à payer, qui repose sur l'évaluation du pourcentage de leurs revenus que les sujets seraient prêts à sacrifier pour obtenir une amélioration de leur confort de vie, permet toutefois de mesurer en termes monétaires le bénéfice personnel que le malade retire de son traitement.
L'impact sur le confort 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 dégageant des coefficients de conversion qui permettent de transformer des années de mauvaise santé en fractions équivalentes d'années de bonne santé.

Les méthodes d'analyse

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

• L'analyse coût-efficacité, l'optimalisation 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 ou Stason [2] les négligent. En revanche, ils intègrent les avantages directs (B1) et les comptabilisent négativement. Le numérateur du rapport 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 affections « tueuses », par exemple la thrombolyse dans l'infarctus aigu du myocarde. En revanche, dans les maladies chroniques, il est incapable de rendre compte des améliorations de confort qu'apporte le traitement.

• L'analyse coût-bénéfices, la maximalisation de l'effet PNB
Torrance [3] et Klarman [4] recensent systématiquement tous les coûts et 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 de l'analyse. Au total, on évalue la contribution économique nette du traitement au produit national brut : B1 + B2 – C1 – C2. Lorsque les effets intangibles sont pris en compte, en calculant la disposition marginale à payer D, on estime cette fois l'avantage social net : B1 + B2 + D – C1 – C2.
Cette approche, correspondant à une évaluation coût-bénéfices, 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 [5], la méthode du capital humain se trompe d'objectif, elle cherche à maximaliser le revenu d'une nation au lieu d'optimaliser la qualité de vie de ses membres.

• L'analyse coût-utilité, 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 économique net du traitement (B1 + B2 – C1 – C2), et au dénominateur, la satisfaction que le malade retire de sa mise en œuvre. L'utilité des soins pour le malade est mise en valeur, puisque les répercussions psychologiques du traitement sont soigneusement distinguées de son impact économique sur les capacités de production nationale.

Deux types d'approche 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 États-Unis, *McMaster health indicator* au Canada). Alors que les premiers synthétisent l'information à l'aide d'un chiffre unique, les seconds produisent des résultats en plusieurs dimensions. Seuls les indicateurs globaux peuvent être utilisés dans l'analyse coût-utilité. Le plus connu est celui d'espérance de vie sans inconfort. Ce concept, élaboré pour la première fois dans les années 1970 par une équipe de psychologues de San Diego [6], n'a été diffusé dans les milieux médicaux qu'en 1977, après que Weinstein et Stason [7] eurent frappé l'acronyme QALY *(quality adjusted life years)* sur le concept. L'article de Williams [8], 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 :

— les échelles d'intervalles à degrés prédéterminés (Bush) [9-11] ou visuelles (V.A.S.) et ses échelles métriques (Rosser) [12] ;

— le jeu de hasard idéalisé (von Neumann et Morgenstern) [13] ;

— la technique du marchandage temps (Torrance) [14].

Un exemple d'analyse coût-utilité : le dilemme du coronarien

Monsieur X. souffre d'angine de poitrine. Deux possibilités s'offrent à lui ; ou il accepte une thérapie au long cours, ou il prend le risque d'un pontage aorto-coronarien. L'issue du premier choix est à court terme sans ambiguïté, il est certain de vivre. Le second choix est plus risqué puisque les chances de succès de l'intervention ont été estimées dans son cas à 90 % par son médecin traitant.

Le coronarien hésite entre deux attitude. Il peut soit opter pour la situation à risque, qui comporte un taux d'échec non négligeable, soit jouer la sécurité en écartant *a priori* toute pos-

RÉFÉRENCES

1. Sailly JC, Lebrun T. Économie de la santé, discipline superflue ou démarche indispensable. *Panorama du Médecin* 1987 ; 2476 : 2-3.

2. Weinstein M, Stason W. *Hypertension. A Policy Perspective*. Cambridge : Mass Harward Univ Press, 1976.

3. Torrance G. A generalized cost effectiveness model for the evaluation of health programs. Faculty of Business. *McMaster University Research Series* 1970 ; n° 101.

4. Klarman H. Application of cost-benefit analysis to the health services and the special case of technologic innovation. *Int J Health Serv* 1974 ; 4 : 325-52.

5. Mishan E. Evaluation of life and limb : a theoretical approach. *J Pol Eco* 1971 ; 688-705.

6. Bush J, Fanshel S, Chen M. Analysis of a tuberculin testing program using a health status index. *Social Economic Planning Sciences* 1972 ; 6 : 49-69.

7. Weinstein M, Stason W. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *N Engl J Med* 1977 ; 296 : 716-21.

8. Williams A. Economics of coronary artery bypass grafting. *Br Med J* 1985 ; 291 : 326-9.

9. Patrick D. Constructing social metrics for health status indexes. *Inter J Health Serv* 1976 ; 6 : 443-6.

10. Patrick D, Bush J, Chen M. Toward an operational definition of health. *J Health Soc Behav* 1973 ; 14 : 6-23.

11. Patrick D, Bush J, Chen M. Methods for measuring levels of well-being for a health status index. *Health Serv Res* 1973 ; 8 : 228-45.

12. Rosser R, Kind P. A scale of valuations of states of illness : is there a social consensus ? *Int J Epidemiol* 1978 ; 7 : 347-57.

13. Von Neumann J, Morgenstern P, *Theory of Games and Economic Behavior*, 3rd ed. New York : Wiley, 1953.

14. Torrance G, Thomas W, Sackett D. A utility maximisation model for evaluation of health care programs. *Health Serv Res* 1972 ; 7 : 118-33.

sibilité d'amélioration de son état fonctionnel.
Le problème surgit parce que, en jouant la sécurité, il se place dans une situation meilleure que celle dans laquelle il pourrait être placé si l'issue défavorable de l'alternative à risque survenait : la mort. Mais cette situation est moins bonne que celle qui pourrait être la sienne si l'opération réussissait. Pour qu'une décision soit prise, il convient d'évaluer la désirabilité relative du maintien dans l'état de santé actuel avec douleurs angineuses par rapport à la meilleure et à la plus défavorable des issues possibles lorsque l'éventualité à risque est choisie.
La solution du dilemme passe par l'introduction d'un jeu de hasard idéalisé obéissant à la loi des grands nombres. La structure du jeu est la même que celle du problème primitif. Le choix se limite à une éventualité certaine et à une éventualité à risque, la survie sans séquelle ou la mort. Deux différences cependant par rapport au dilemme initial :
1. La décision se rapporte à une situation hypothétique, ce qui élimine la connotation émotionnelle que comportait le problème initial.
2. Le calcul des risques ne repose pas sur une estimation personnelle mais sur une mesure objective. On peut donc quantifier le qualitatif sur la base de la fréquence respective des tirages de boules rouges et noires. Le rouge symbolisant la vie et le noir la mort.
Si l'urne contient une boule rouge et 99 boules noires, le malade doit choisir entre la certitude de vivre avec une douleur angineuse ou le risque de subir une intervention dont les taux de succès sont faibles. Le jeu n'en vaut pas la chandelle, il choisit la sécurité.
Si l'urne contient 99 boules rouges et une boule noire, ses chances de survie s'élèvent à 99 % puisque le risque opératoire ne dépasse pas 1 %. Le malade est disposé à tenter sa chance.
Lorsque la chance de succès est faible, c'est l'éventualité certaine qui a la faveur du malade. Dans le cas contraire, c'est vers l'éventualité à risque que vont naturellement ses préférences. La seule différence entre les deux situations tient à la valeur du coefficient de probabilité de succès. Au fur et à mesure que celle-ci augmente, le sujet est de moins en moins enclin à jouer la sécurité et de plus en plus tenté par la solution à risque. Finalement, il existe une valeur seuil du coefficient de probabilité de succès pour laquelle les deux options offertes au patient lui sont indifférentes. Cette valeur permet d'évaluer les bénéfices que le malade pourrait retirer d'une stabilisation de son état de santé à son niveau actuel. La valeur seuil du coefficient de probabilité de succès est fonction de la qualité de vie actuelle du patient. Si les douleurs sont sévères et répétées, la valeur du coefficient critique est faible. Le malade est prêt à tout pour échapper à sa condition présente. L'intervention est acceptée même lorsque ses chances de succès sont limitées, ce qui prouve la dégradation de son état de santé.
Si les douleurs sont modérées, la valeur du coefficient critique est élevée. Le malade n'acceptera l'intervention que si les chances de réussite sont fortes. La situation présente est loin d'être insupportable et l'utilité qui y est associée est proche de celle que procure une bonne santé.

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 des 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 résultat 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 coût-bénéfices —, soit en les appréciant à travers le filtre des jugements individuels, c'est l'analyse coût-utilité.

Conclusion

L'évaluation économique des protocoles médicaux est appelée à connaître un développement considérable, et ce quelle que soit l'évolution ultérieure du système de protection sociale. Que celle-ci s'inscrive dans un contexte de rationnement administratif accru ou que l'on voit se développer une ère économique nouvelle marquée par l'essor d'un marché de l'immatériel et des services, c'est l'instrument qui permettra aux organismes financeurs et/ou aux consommateurs de faire des choix rationnels.
Dans une situation de rationnement administratif, on sera conduit à comparer, pour des thérapeutiques très diverses, les résultats obtenus en termes d'espérance de vie sans inconfort par rapport aux dépenses engagées et à utiliser les rapports pour orienter l'affectation des ressources.
Dans l'hypothèse du développement d'un quasi-marché de la santé, où des mécanismes de sensibilisation au prix seraient introduits, à travers la création de réseaux de soins par exemple, l'évaluation économique permettra aux prescripteurs et aux consommateurs de choisir les traitements offrant le meilleur rapport coût-utilité.
Au XXIe siècle, il semble bien que les services de santé seront structurés et organisés en fonction de ces concepts, qui sont appelés à jouer demain le rôle qui était celui des essais thérapeutiques des années 1980 ■

TIRÉS A PART

R. Launois.

Summary

The search for efficiency : an ethical imperative

The search for efficiency ought to be a moral imperative for the medical profession. Doing the maximum for one patient takes away ressources needed by others. These foregone benefits defined the opportunity cost of a treatment. To find out if the results are worth the price, the value of outcome should be measured. This article emphasizes three principles for operational appraisal of medical strategies and presents the main characteristics of cost-effectiveness, cost-benefit and cost-utility analysis.

m/s

POUR COMPRENDRE LA SCIENCE QUI PROGRESSE

LEXIQUE
Immunologie

Laurent DEGOS
Axel KAHN

Des mises au point conceptuelles et techniques, brèves, actuelles et claires

- *La réaction immunitaire*
- *Le rôle des macrophages*
- *Les lymphocytes B*
- *Réarrangement des gènes d'immunoglobuline*
- *Le réseau idiotypique*
- *Les lymphocytes T*
- *Le système HLA*

1989, suppl. au n° 1, vol. 5
40 pages, 30 FF

John Libbey EUROTEXT

BON DE COMMANDE

NOM .....
Prénom .....
Adresse .....
.....

Désire recevoir le **Lexique Immunologie** au prix de 30 FF + 10 FF de frais de port, soit 40 FF.

Ci-joint mon règlement à l'ordre de **John Libbey Eurotext**

6, rue Blanche, 92120 Montrouge - Tél. : (1) 47.35.85.52

JOURNAL DE PHARMACIE CLINIQUE

4 numéros par an

vient de paraître

Vol. 9. n° 2 — juin 1990

John Libbey EUROTEXT

6, rue Blanche, 92120 MONTROUGE