

Chapitre 3

Prise de décisions rationnelles en matière d'allocation des ressources

Les patients, les prestataires et les payeurs ont tous intérêt à s'assurer que les systèmes de santé ne gaspillent pas les ressources. La médecine fondée sur les preuves (MFP) et l'évaluation des technologies de santé (ETS) peuvent jouer un rôle utile en posant deux questions simples concernant un traitement médical : est-il efficace et son financement est-il opportun ? Ce chapitre porte sur les gains d'efficacité potentiels qui pourraient être réalisés par une prise de décisions plus rationnelles dans le secteur de la santé, en montrant comment les recommandations de pratique clinique et l'évaluation des technologies de santé peuvent venir éclairer les décisions. Suit un examen de la manière dont ces fonctions sont institutionnalisées dans la zone OCDE.

1. Introduction

La plupart des patients supposent que les médecins et autres prestataires de santé leur prodiguent des soins de qualité optimale, en faisant appel aux dernières connaissances et aux technologies les plus efficaces. Ceux qui financent les soins de santé osent espérer qu'ils tirent le meilleur rendement possible des sommes investies. Les deux groupes ont souvent tort. Plusieurs études ont analysé les observations recueillies durant les décennies écoulées sur l'intérêt médical et le rapport coût-efficacité des traitements et techniques entrant dans un large éventail d'activités de soins. Quels que soient le niveau d'analyse et l'aspect particulier examiné, le constat est le même : on n'en a pas toujours pour son argent. Tout d'abord, le fait qu'un pays dépense davantage ne va pas toujours de pair avec de meilleurs résultats sur le plan de la santé de la population. De même, certaines grandes variations observées dans les dépenses de santé d'une région à l'autre, voire d'une ville à l'autre, n'ont pas d'impact perceptible sur les résultats en termes de santé.

Les patients, les prestataires et les payeurs ont tous intérêt à s'assurer que les systèmes de santé ne gaspillent pas les ressources. La médecine fondée sur les preuves (MFP) et l'évaluation des technologies de santé (ETS) peuvent jouer un rôle utile en posant deux questions simples à propos d'un traitement médical : est-il efficace et son financement est-il opportun ? La première question va tellement de soi qu'elle peut paraître absurde, mais les analyses montrent que les bienfaits d'une large part des interventions médicales (jusqu'à un tiers dans certains cas) sont sujets à caution¹. L'évaluation des technologies (au sens large, allant des médicaments aux équipements et autres supports techniques) consiste non seulement à déterminer l'efficacité d'une molécule ou d'un acte médical, mais aussi à voir s'il s'agit d'un progrès significatif par rapport aux méthodes précédentes, et du moyen le plus efficace d'utiliser des ressources limitées.

Ce chapitre examine les gains d'efficacité potentiels qui pourraient être réalisés par une prise de décisions plus rationnelles dans le secteur de la santé. Il passe en revue les moyens d'y parvenir : les recommandations de pratique clinique et l'évaluation des technologies de santé. L'examen porte aussi sur la place qui leur est donnée dans les institutions de la zone OCDE. Il existe de très nombreuses manières d'organiser ces fonctions, et les pays pourraient utilement tirer certains enseignements de leurs expériences respectives.

2. Les gains d'efficacité potentiels

Il ressort d'une série d'études que les systèmes de santé peuvent réaliser des gains d'efficacité.

Les études macro-économiques laissent entrevoir des perspectives de gains d'efficacité dans de nombreux pays

Lors d'une étude récente (Joumard *et al.*, 2008), l'OCDE a estimé l'impact des dépenses réalisées dans ce secteur sur l'état de santé de la population, en neutralisant les effets d'autres déterminants de la santé (revenu, éducation, facteurs liés au mode de vie et pollution). Considérant l'espérance de vie comme la meilleure variable disponible pour approcher l'état de santé de la population, les régressions de panel indiquent que les dépenses de santé sont plus ou moins optimisées dans les différents pays de l'OCDE. À supposer que tous les pays deviennent aussi efficaces que les plus performants, la durée de vie s'allongerait en moyenne de deux ans dans les pays de l'OCDE, pour le même niveau de dépenses. On aboutit à la même conclusion en employant la méthode DEA (Data Envelopment Analysis) pour évaluer l'efficacité relative.

Il ne faut cependant pas s'en tenir à ces estimations : on peut difficilement attribuer, sans aucun doute possible, tel ou tel progrès sanitaire au système de santé, et beaucoup de services de soins sont conçus non pas pour allonger l'espérance de vie, mais pour améliorer la *qualité de vie* des patients. Toutefois, cette étude de 2008 indique que la croissance des dépenses de santé a contribué à hauteur de 46 % pour les femmes et 39 % pour les hommes à l'augmentation de l'espérance de vie observée dans les pays de l'OCDE sur la période 1991-2003 ; autrement dit, les dépenses de santé jouent un rôle en matière d'allongement de l'espérance de vie.

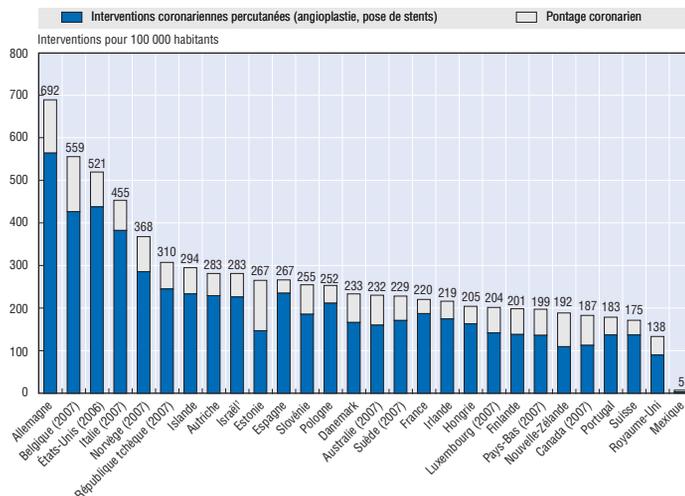
Les variations internationales des pratiques médicales ne s'expliquent pas uniquement par l'épidémiologie et la diffusion des innovations

Des variations sur le plan des pratiques médicales sont observées à la fois intra-pays et entre pays depuis le début des années 70 (Mullan et Wennberg, 2004). Les données régulièrement collectées par l'OCDE donnent de multiples exemples de ces variations *entre pays*. Par exemple, le taux d'interventions de revascularisation pour 100 000 habitants varie de 5 au Mexique à 692 en Allemagne (voir graphique 3.1, partie A). La consommation de médicaments anti-cholestérol varie de 49 doses définies quotidiennes pour 1 000 habitants en Allemagne à 206 en Australie (voir graphique 3.1, partie B). Le nombre d'exams d'IRM varie de 12.7 pour 1 000 habitants en Corée à 98.1 en Grèce (voir graphique 3.1, partie C).

Les contextes épidémiologiques différents ne peuvent à eux seuls expliquer ces variations, bien qu'ils jouent indéniablement un rôle. Les disparités concernant l'adoption des nouvelles technologies, qui dépend elle-même de la capacité et du consentement à payer, le mode de rémunération des prestataires, les stratégies des fabricants, les qualifications et les préférences des professionnels, expliquent une grande partie de ces variations. Par exemple, le fait que le traitement ou l'acte soit couvert ou non par l'assurance maladie est un facteur déterminant.

Graphique 3.1. Variations internationales des pratiques médicales

Partie A. Interventions de revascularisation coronarienne pour 100 000 habitants, 2008

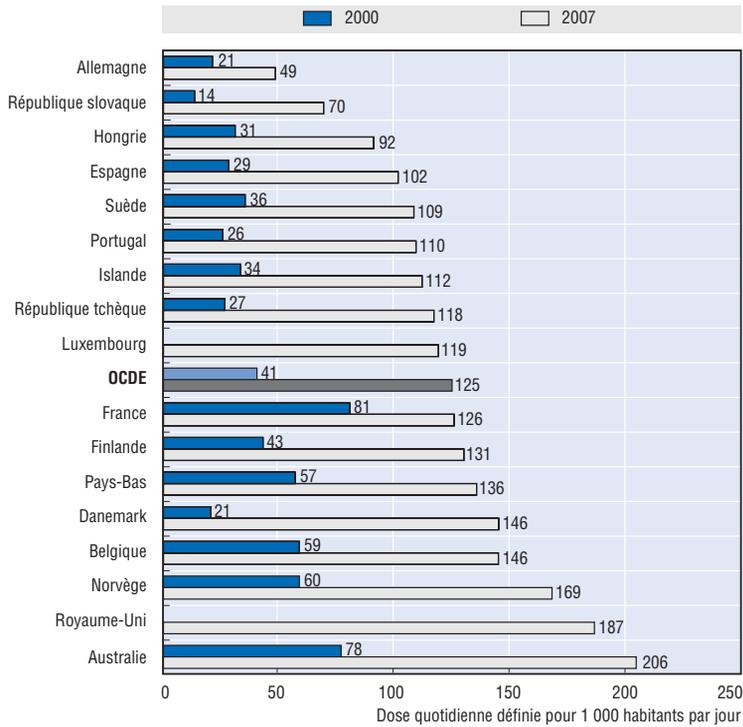


1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Note : Certaines différences entre les pays sont dues aux différences dans les systèmes de classification et aux méthodes d'enregistrement.

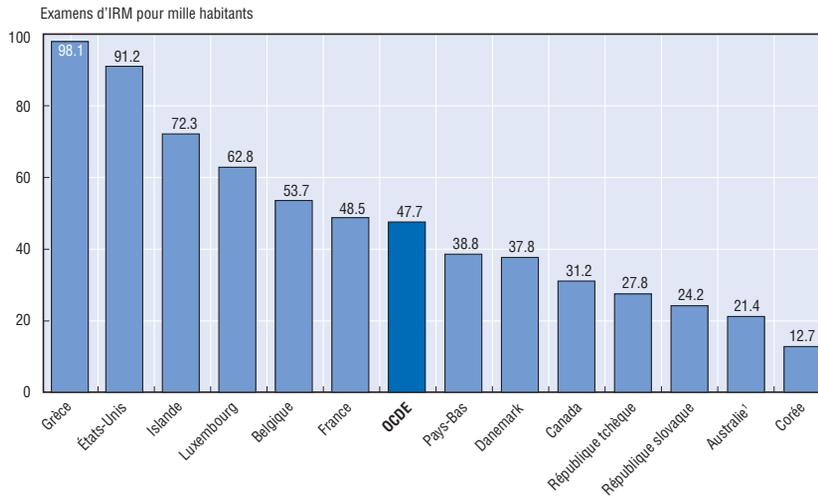
Source : OCDE (2010).

Partie B. Consommation d'anti-cholestérols, dose quotidienne définie (DQD) pour 1 000 habitants par jour, 2000 et 2007



Source : OCDE (2009).

Partie C. Nombre d'exams d'IRM pour mille habitants, 2008 (ou dernière année disponible)



1. Les données tiennent compte seulement des exams faits en ambulatoire et dans les hôpitaux privés (à l'exclusion des exams dans les hôpitaux publics).

Source : OCDE (2010).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331657>

Les variations infranationales des pratiques médicales laissent entrevoir des perspectives d'amélioration de l'efficience et de l'efficacité des prestations de santé

Les études sur la variabilité des pratiques médicales permettent également de penser que les pays pourraient faire des économies pour le même niveau de résultats sur le plan de la santé, moyennant des processus de soins plus efficaces. Des variations locales ont été observées dans plusieurs pays de l'OCDE (Danemark, Pays-Bas, Norvège et Suède) ; elles ont même fait l'objet d'une description détaillée aux États-Unis (Mullan et Wennberg, 2004 ; Mulley, 2009). Le Dartmouth Institute fournit, depuis plusieurs années, des informations concernant les variations locales des pratiques médicales et les facteurs en cause. En travaillant sur des données de Medicare, les chercheurs de cet institut ont montré que certaines zones géographiques offrent davantage de soins aux patients souffrant de maladies chroniques – soins qui ne procurent aucun bénéfice supplémentaire et ont parfois même des effets néfastes (voir graphique 3.2 ; Dartmouth Institute, 2008 ; Mulley, 2009).

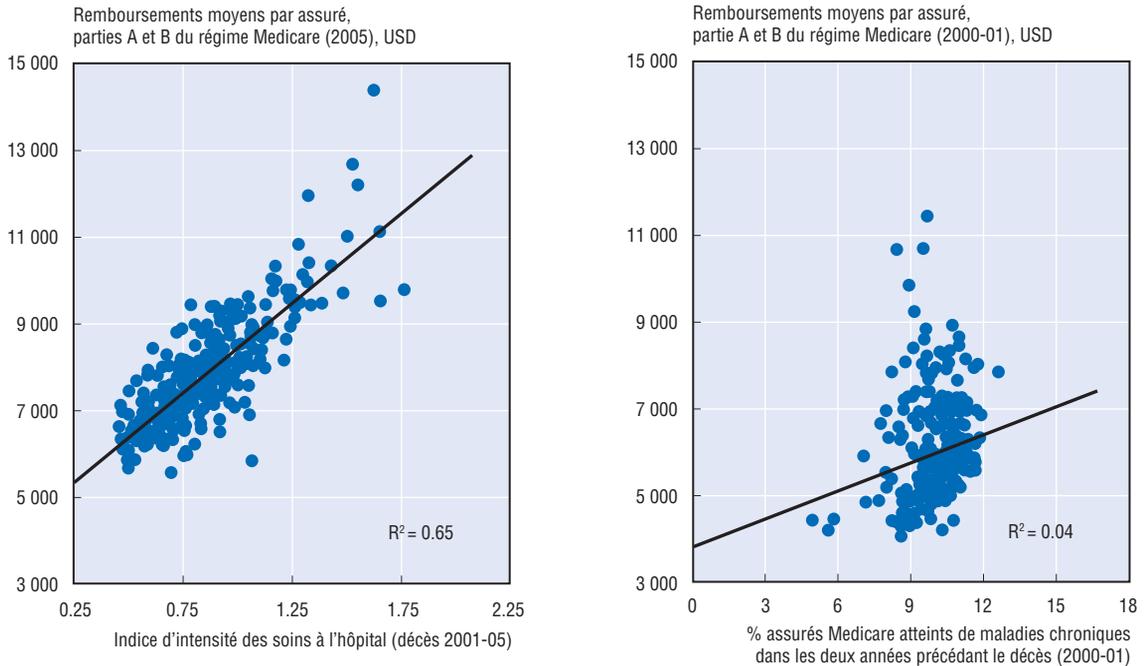
Il en va de même dans d'autres domaines : en étudiant les taux d'utilisation d'endoprothèses (stents) et de défibrillateurs cardioverters implantables (DCI), en Espagne et en Italie, Capellaro *et al.* (2009) observent des variations à la fois entre les pays et à l'intérieur des pays. En 2006, on dénombrait 2 112 interventions coronariennes percutanées (ICP) par million d'habitants en Italie et 1 276 par million d'habitants en Espagne. L'Espagne l'emportait légèrement sur l'Italie pour la proportion d'ICP pratiquées avec au moins une endoprothèse (96.1 % contre 92.5 %) comme pour le nombre d'endoprothèses implantées par acte (1.59 contre 1.45). La proportion de stents actifs était comparable (55 % en Italie et 59 % en Espagne), avec cependant une grande variabilité selon les régions (de 23 % à 78 % en Italie et de 40 % à 78 % en Espagne). Les taux d'implantation de DCI différaient à l'échelle internationale et infranationale. En 2006, l'Italie et l'Espagne ont respectivement notifié 189 et 60 implants par million d'habitants, pour des écarts régionaux allant de 39 à 285 en Italie et de 24 à 116 en Espagne.

La plupart de ces études sur la variabilité des pratiques médicales ont tenté d'identifier leurs causes. Aux États-Unis, les variations locales peuvent s'expliquer, en partie, par les différences en matière de couverture, d'organisation des soins et de méthodes de paiement. Les recherches du Dartmouth Institute concluent qu'une partie des variations observées sur le plan des pratiques sont « sensibles à l'offre » – elles s'expliquent par des différences côté offre. Par exemple, les régions qui ont des systèmes de soins organisés (médecine de groupe ou systèmes hospitaliers intégrés) dispensent généralement moins de soins intensifs. Dans les pays où la couverture, les dispositifs institutionnels et les modes de paiement des prestataires sont uniformes, d'autres facteurs ont été mis en évidence, tels que l'influence des pairs ou de l'industrie, les caractéristiques personnelles des médecins (notamment l'âge, le sexe, le cursus médical initial, la formation et l'aversion pour l'incertitude) ou de leurs patients (voir de Jong *et al.*, 2010 ; Mousques *et al.*, 2010 pour des revues de littérature).

En conclusion, si une partie des variations de pratiques médicales peut s'expliquer par les caractéristiques socio-économiques et les besoins de santé des différentes populations, une autre partie demeure inexplicée et peut être le signe d'une utilisation inefficace des ressources.

Graphique 3.2. Variations locales des pratiques médicales

Utilisation des hôpitaux, prévalence des maladies chroniques graves et dépenses de Medicare parmi les 306 régions de Dartmouth Atlas



Note : Chaque point représente une des 306 régions des hôpitaux de référence (Hospital Referral Regions) aux États-Unis. L'ordonnée des graphiques représente les dépenses. L'abscisse du graphique de gauche représente l'intensité des soins hospitaliers pour la prise en charge des maladies chroniques : environ 65 % de la variation dans les dépenses par habitant de Medicare est expliquée par la variation dans l'utilisation des soins hospitaliers ($R^2 = 0.65$). À droite, l'abscisse représente la prévalence des maladies chroniques sévères qui est faiblement corrélée aux dépenses par habitant de Medicare ($R^2 = 0.04$). La prévalence des maladies chroniques sévères explique un écart de 1 500 USD dans les dépenses par habitant entre les régions où les patients sont les plus malades comparées aux régions où les patients sont en meilleure santé.

Source : Dartmouth Institute, 2008.

La pratique clinique s'écarte souvent des soins efficaces tels que définis par les recherches en médecine fondée sur les preuves

L'American Institute of Medicine estime que la moitié des soins sont actuellement dispensés aux États-Unis sans preuve de leur efficacité (Institute of Medicine, 2009). En outre, les soins ne sont pas toujours dispensés conformément aux recommandations axées sur des pratiques exemplaires, lorsque celles-ci existent.

Une étude réalisée par la RAND Corporation sur la période 1998-2000 aux États-Unis a montré que les patients ne recevaient que 54.9 % des soins recommandés pour un ensemble de 439 indicateurs de qualité des soins, définis pour 30 affections aiguës et chroniques. Ces indicateurs de qualité des soins étaient basés sur les recommandations relatives au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi de chaque affection. Alors que plus de 75 % des soins recommandés étaient dispensés en cas de cataracte sénile ou de cancer du sein, pour dix pathologies le pourcentage ne dépassait pas 50 %. Seulement 22.8 % des soins recommandés étaient dispensés pour les fractures du col du fémur et

10.5 % pour l'alcoolodépendance. Dans bien des cas, mais pas tous, le non-respect des soins recommandés correspondait à une sous-utilisation des services de soins (McGlynn *et al.*, 2003).

D'autres études ont apporté des informations plus anecdotiques sur le non-respect des soins recommandés dans la pratique médicale. En France, par exemple, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une recommandation sur les traitements pharmaceutiques pour la prise en charge de l'hypercholestérolémie : un traitement médicamenteux ne doit être mis en route qu'au-delà d'un certain taux de LDL-cholestérol et qu'après l'échec d'un régime. En 2002, plus de la moitié des patients ayant bénéficié d'une première prescription de médicaments anticholestérol n'avaient suivi aucun régime. Pour un tiers des patients, le LDL-cholestérol n'avait pas été dosé et, pour un autre tiers, un traitement médicamenteux était prescrit alors que le taux de LDL-cholestérol était plus bas que les seuils recommandés. De même, dans les années 2000, des antibiotiques ont été trop souvent prescrits pour des affections virales sans complications d'origine bactérienne. Pour certains anxiolytiques, les travaux ont montré que les posologies usuelles maximales étaient dépassées dans un quart à un tiers des cas, et que les durées de traitement préconisées étaient dépassées dans 30 à 50 % des cas. Plus de 500 000 patients se sont vu prescrire ponctuellement, selon des modalités non conformes aux recommandations, des médicaments de l'asthme qui devraient être utilisés comme traitement de fond au long cours (voir la synthèse de Polton *et al.*, 2007).

Les préférences des patients ne sont pas toujours prises en compte

La participation de patients bien informés au processus de décision clinique va aussi dans le sens de l'efficacité. Dans certains cas, alors que les avantages et les inconvénients relatifs de différents traitements pour une affection donnée sont dûment établis, aucune solution ne s'avère en tous points supérieure à une autre. Les cliniciens et les patients doivent alors faire des arbitrages entre divers types d'avantages et d'inconvénients, avec un niveau variable d'incertitude pour chacun d'eux. En bonne logique, il faudrait que le choix du traitement tienne compte des préférences des patients. Or il n'en va pas toujours ainsi.

L'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) ou adénome prostatique en offre une illustration. Il ressort d'une étude que lorsque les patients sont informés par le biais d'« aides à la décision » des avantages et des inconvénients d'une intervention chirurgicale, le taux de recours à la chirurgie baisse de 40 % par rapport aux niveaux de référence. L'expérience montre que les patients plus préoccupés par leurs symptômes sont davantage susceptibles d'opter pour une intervention chirurgicale que ceux qui étaient plus inquiets à l'idée d'une dysfonction sexuelle (Mulley, 2009). On constate également que les patients préfèrent opter pour un traitement moins invasif pour certaines maladies, telles que les douleurs dorsales et l'arthrose du genou ou de la hanche (Dartmouth Institute, 2008). D'où l'idée que la prise en compte des préférences de patients dûment éclairés permettrait non seulement d'accroître le bien-être et la satisfaction de ceux-ci, mais aussi de réaliser des économies dans certaines circonstances.

3. La médecine fondée sur les preuves et l'évaluation des technologies de santé peuvent aider à rationaliser l'offre de soins

La médecine fondée sur les preuves (MFP) et l'évaluation des technologies de santé (ETS) n'ont pas la même origine ni les mêmes objectifs, bien qu'elles puissent toutes deux influencer sur l'offre de soins.

Médecine fondée sur les preuves

La médecine fondée sur les preuves a fait progressivement évoluer la pensée médicale. Elle est née au lendemain de la Seconde Guerre mondiale avec l'application de modèles expérimentaux – essais contrôlés randomisés (ECR) – à la pratique médicale. Les premiers ECR, réalisés pour la tuberculose par Bradford Hill et Archie Cochrane, ont donné lieu à un nouveau paradigme en matière d'épidémiologie clinique expérimentale. Cette technique s'est généralisée pour l'introduction de nouveaux médicaments dans le cadre du processus de régulation de la pharmacie à partir des années 60. Toutefois, sa diffusion au reste de la pratique médicale a été plus lente.

Dans les années 90, la médecine fondée sur les preuves a pris un caractère plus formel, grâce à de nouvelles manières de synthétiser les ECR sous forme de méta-analyses alimentées par des recherches bibliographiques englobant tous les ouvrages et revues disponibles. La démarche a d'abord été utilisée en obstétrique par Sir Ian Chalmers et une équipe qui ont passé systématiquement en revue l'ensemble des travaux publiés sur l'accouchement, y compris les positions, l'allaitement, l'utilisation des stéroïdes, etc. Ils ont fait une découverte surprenante : beaucoup de pratiques en vigueur de longue date n'étaient pas véritablement étayées. Certaines étaient manifestement inadaptées et d'autres reposaient sur des preuves d'efficacité plus ou moins solides. Il fallait donc, selon les cas, les encourager, les abandonner ou les étudier de plus près. Cette prise de conscience a suscité un mouvement international connu sous le nom de « collaboration Cochrane », qui se propose de recueillir systématiquement les informations médicales et de les diffuser. Plusieurs groupes couvrent aujourd'hui la plupart des domaines de la santé.

La mise en œuvre de la médecine fondée sur les preuves a nécessité une nouvelle génération de protocoles ou de recommandations de pratique clinique. Il y a toujours eu des protocoles en médecine. Ainsi les manuels médicaux font-ils la synthèse des connaissances sur le terrain. Quel que soit le domaine clinique, il existe des manuels décrivant les traitements à retenir pour différentes pathologies, telles que l'infarctus du myocarde ou les accidents vasculaires cérébraux. Les sociétés de spécialistes élaborent souvent des recommandations de pratique clinique à l'intention de leurs membres sur la manière de traiter diverses affections. La principale nouveauté a résidé dans l'élaboration de nouvelles recommandations, à partir d'études exhaustives de la documentation médicale, de méta-analyses et d'autres méthodes d'appréciation critique.

Les études comparatives d'efficacité, récemment encouragées aux États-Unis par l'American Recovery and Reinvestment Act de 2009, visent à faire la démonstration et la synthèse des avantages et des inconvénients de différents traitements. Il ne s'agit pas d'une activité nouvelle, car de nombreux payeurs et organismes, y compris aux États-Unis, mènent des travaux de ce type depuis des années. Cependant, le montant supplémentaire de 1.1 milliard USD alloué par les autorités pour développer les études comparatives d'efficacité augmente l'enveloppe publique initiale de 73 % (Docteur et Berenson, 2010). Tout comme la médecine fondée sur les preuves, l'étude comparative

d'efficacité vise principalement à éclairer la prise de décisions au niveau du patient. L'une et l'autre offrent la possibilité d'associer davantage le patient au choix du traitement, à condition que les résultats lui soient communiqués. Elles peuvent aussi étayer les décisions des tiers payeurs en matière de couverture.

4. Évaluation des technologies de santé

L'évaluation des technologies de santé (ETS) va plus loin que la MFP ou que les études comparatives d'efficacité. Au-delà des questions « est-ce que c'est efficace ? » et « qu'est-ce qui marche le mieux ? », elle permet aussi d'essayer de répondre à l'interrogation suivante : « est-ce que c'est opportun d'un point de vue économique ? »

L'ETS procède d'une logique économique. Elle a commencé avec l'analyse coût-avantages qui a accompagné la révolution managériale au sein des administrations publiques. Largement employée par de nombreux ministères, notamment ceux chargés des finances et de la défense, la démarche s'est étendue aux soins de santé à la fin des années 70, en réponse à la pression du progrès technologique et à la multiplication d'équipements coûteux. L'analyse coût-avantages a été étroitement liée à l'arrivée des nouvelles technologies. Les premières évaluations, dans le domaine de la santé, ont porté sur les scanners.

En 1993, l'Australie a été le premier pays à utiliser l'analyse coût-efficacité pour la prise de décisions concernant le remboursement des médicaments. Plusieurs pays de l'OCDE lui ont emboîté le pas. L'exemple le plus important et le plus connu est celui du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) au Royaume-Uni.

Tout travail d'ETS passe par un examen systématique des données cliniques disponibles sur les avantages et les inconvénients de la technologie considérée (médecine fondée sur les preuves et étude comparative d'efficacité, le cas échéant). Toutefois, l'ETS prend généralement en compte un ensemble d'aspects bénéfiques plus vaste – au-delà des résultats sur le plan de la santé des patients – et englobe souvent une évaluation économique. Les organismes chargés de l'ETS disposent d'une certaine latitude pour définir la méthode et le processus d'ETS en fonction des préférences du public visé (assureur, instances gouvernementales, grand public, etc.), bien que la marche à suivre puisse aussi être codifiée dans ce domaine. Si l'ETS a pour principal objectif d'éclairer la prise de décisions, elle peut également étayer des recommandations concernant les pratiques à retenir (voir encadré 3.2).

Dans les pays de l'OCDE, on s'oriente vers l'institutionnalisation de la MFP² et de l'ETS, et vers l'emploi accru de ces deux démarches pour l'élaboration de recommandations de pratique clinique et la prise de décisions en matière de couverture. Néanmoins, le stade d'avancement est très variable d'un pays à l'autre. Les sections ci-après donnent un bref aperçu de l'état actuel, et des perspectives d'évolution, de l'utilisation de la MFP et de l'ETS dans les pays de l'OCDE.

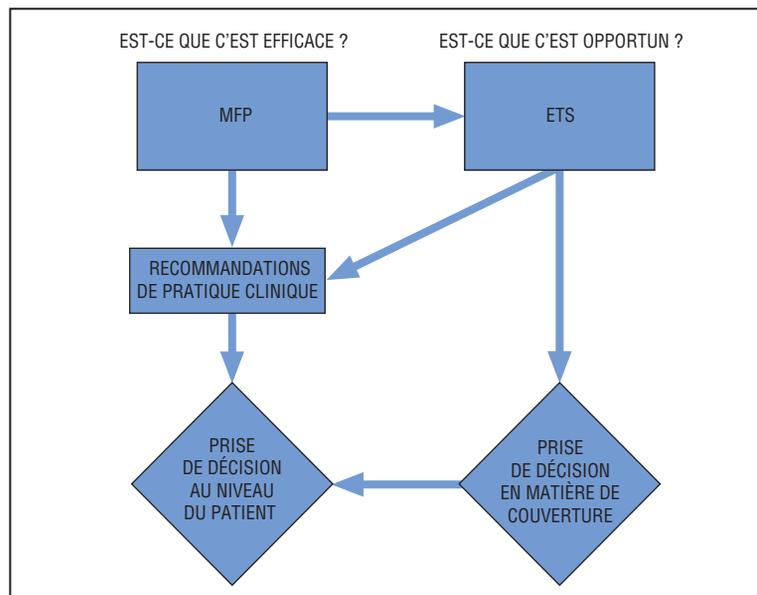
Encadré 3.1. Médecine fondée sur les preuves, étude comparative d'efficacité et évaluation des technologies de santé : définitions

La médecine fondée sur les preuves (MFP) a été définie par Sacket *et al.*, en 1996, comme « l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures preuves tangibles récentes issues de la recherche médicale pour la gestion de patients individuels ». Comme l'ont fait remarquer Drummond *et al.* (2008), « cette définition a été étendue, par l'usage, aux prises de décisions fondées sur des données probantes adoptées par un groupe ou dans le cadre d'une politique pour élaborer des recommandations de pratique clinique, prendre des décisions concernant le taux de couverture et établir les listes de médicaments remboursés ».

L'Institute of Medicine américain propose de définir comme suit l'étude comparative d'efficacité : obtention et synthèse des preuves qui permettent de comparer les avantages et les inconvénients de différentes méthodes visant à prévenir, diagnostiquer, traiter et surveiller une affection clinique ou à améliorer la prestation de soins. L'objectif est d'aider les usagers, les cliniciens, les acheteurs et les décideurs politiques à prendre des décisions éclairées permettant d'améliorer les soins de santé au niveau individuel et au niveau de la population.

Beaucoup de définitions ont été avancées pour l'évaluation des technologies de santé (ETS). Selon l'International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), l'ETS est « un domaine multidisciplinaire d'analyse des politiques publiques. Elle étudie les implications médicales, sociales, éthiques et économiques de l'élaboration, de la diffusion et de l'utilisation des technologies de santé ». Toutefois, en pratique, les méthodes d'ETS ne prennent pas systématiquement en compte tout l'éventail des conséquences sociales, éthiques et économiques de l'utilisation et de la diffusion des nouvelles technologies, et tendent plutôt à privilégier les répercussions en termes de santé et d'organisation. Si l'ETS vise principalement à éclairer les décisions en matière de couverture, elle peut aussi étayer des recommandations de pratique clinique.

Utilisation de la médecine fondée sur les preuves (MFP) et de l'évaluation des technologies de santé (ETS)



Source : D'après Drummond *et al.* (2008), Institute of Medicine (2009), www.inahta.org/HTA/, consulté le 8 mars 2010.

5. Emploi actuel de l'évaluation des technologies dans les pays de l'OCDE

Divers travaux ont cherché à rendre compte du contexte et de l'utilisation de l'ETS au niveau européen (Sorenson *et al.*, 2007 ; Velasco-Garrido *et al.*, 2008) et ailleurs (numéro spécial de *l'International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2009). Une enquête menée par l'OCDE sur la période 2008-09 a permis de rassembler un ensemble minimum d'informations sur le rôle effectif de l'ETS dans la prise de décisions (voir tableau 3.1). Tous les pays sauf quatre (Grèce, Luxembourg, République tchèque et Turquie) ont fait état de structures ou de moyens mis au service de l'ETS. Cependant, les capacités d'ETS sont très variables d'un pays à l'autre.

La plupart des pays ont déclaré recourir à l'ETS pour déterminer la prise en charge des actes médicaux, des médicaments et des équipements coûteux. Dans certains pays, tels que le Portugal, l'ETS sert uniquement à définir la couverture des produits pharmaceutiques. Il ressort que dans beaucoup de pays, les résultats de l'ETS aident également à fixer le niveau de remboursement, en particulier pour les médicaments. Enfin, dans une majorité de pays, l'ETS intervient aussi dans l'élaboration de recommandations de pratique clinique. Tous les pays utilisant l'ETS, à l'exception de la France, ont fait savoir que le rapport coût-efficacité et la faisabilité budgétaire entraient en ligne de compte.

Tableau 3.1. Utilisation de l'évaluation des technologies de santé (ETS) dans les pays de l'OCDE

	Structure et capacité d'évaluation des technologies de la santé	Prise en compte du rapport coût/efficacité et de l'impact budgétaire dans l'évaluation des technologies	ETS utilisée pour un nouveau médicament pour déterminer :			ETS utilisée pour une nouvelle procédure pour déterminer :			ETS utilisée pour un nouvel équipement coûteux pour déterminer :		
			La prise en charge	Le niveau de remboursement ou le prix	des recommandations	La prise en charge	Le niveau de remboursement ou le prix	des recommandations	La prise en charge	Le niveau de remboursement ou le prix	des recommandations
Allemagne	Oui	n.d.	X	X		X					
Australie	Oui	Oui	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Autriche	Oui	Oui	X	X							
Belgique	Oui	Oui	X	X	X	X		X	X		
Canada	Oui	Oui	X	X	X				X	X	X
Corée	Oui	Oui	X	X		X	X		X	X	
Danemark	Oui	Oui	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Espagne	Oui	Oui		X		X		X	X		X
Finlande	Oui	Oui	X	X	X			X			
France	Oui	Non	X	X		X	X		X		X
Grèce	Non	-									
Hongrie	Oui	Oui	X			X			X		X
Irlande	Oui	Oui	X								
Islande	Oui	n.d.	X								
Italie	Oui	n.d.									
Japon	Oui	Oui	X	X		X	X		X	X	
Luxembourg	Non	-									
Mexique ¹	Oui	Oui	X	X	X	X		X	X		X
Norvège	Oui	Oui	X		X	X		X	X		X
Nouvelle-Zélande	Oui	Oui	X	X	X	X			X	X	
Pays-Bas	Oui	Oui	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pologne	Oui	Oui	X	X		X		X	X		
Portugal	Oui	Oui	X	X	X			X			X
Rép. slovaque	Oui	n.d.									
Rép. tchèque	Non	-									
Royaume-Uni	Oui	Oui	X					X			X
Suède	Oui	Oui	X	X	X						
Suisse	Oui	Oui	X			X					
Turquie	Non	-									

n.d. : non disponible ; - : sans objet.

1. Au Mexique, l'utilisation de l'ETS est limitée.

Source : Paris *et al.* (2010), et mise à jour tenant compte des informations disponibles en juillet 2010.

Institutions : statut, missions et activités

Le premier organisme national d'ETS a été créé en Suède, en 1987³ (voir encadré 3.2), et cet exemple a été largement suivi. Aujourd'hui, la plupart des pays de l'OCDE disposent d'organismes nationaux responsables en la matière, qui diffèrent par leur cadre institutionnel (organisme indépendant ou rattaché au ministère de la Santé ou à l'assurance nationale), leur champ d'action (les technologies à évaluer) et leur mission (aide à la prise de décisions, publication de recommandations pour la pratique clinique, prospective, accréditation des établissements de soins). Cependant, les activités d'ETS ne sont pas l'apanage des organismes nationaux. Elles ont précédé la création de ces organismes et, dans de nombreux pays, les ministères chargés de la santé financent de telles activités depuis des dizaines d'années (Mexique, par exemple). Dans plusieurs pays européens et au Canada, des organismes d'ETS régionaux ou hospitaliers co-existent avec les organismes nationaux (Velasco-Garrido *et al.*, 2008). Aux États-Unis, les payeurs publics (Medicare, Veterans Health Administration) et les assureurs privés mènent des activités d'ETS pour établir la liste des produits remboursables. Des organismes d'ETS ont été récemment mis sur pied en Corée et en République slovaque (Kim, 2009).

Seuls quelques pays de l'OCDE ne disposent pas d'organisme d'ETS national, notamment les États-Unis et le Japon. Au Japon, le ministère de la Santé, du Travail et du Bien-être finance les activités d'ETS, et l'élaboration de recommandations de pratique clinique est confiée à des centres d'études universitaires. Toutefois, il n'y a pas de lien formel avec la prise de décisions en matière de remboursements et de tarifs (Hisashige, 2009).

Encadré 3.2. L'évaluation des technologies de santé en Suède

L'Agence nationale suédoise de l'évaluation des technologies de santé (SBU) est un organisme indépendant dont la création remonte à 1987. Ses missions sont définies comme suit par le gouvernement : la SBU est chargée de *procéder à l'évaluation scientifique* des nouvelles technologies du point de vue médical, économique, sociétal et éthique. Elle doit *présenter et diffuser* les évaluations de façon à ce que les prestataires de soins et autres professionnels puissent en exploiter les conclusions. Il lui appartient d'*évaluer* comment les conclusions ont été exploitées et quels résultats ont été obtenus (Jonsson, 2009).

La SBU diffuse activement les résultats de ses évaluations et établit des rapports complets, ainsi que des synthèses à l'intention de différents destinataires, y compris le grand public et la communauté internationale (en anglais)*. Ces derniers résultats sont disponibles sur son site Internet et dans les pharmacies. La SBU publie des communiqués de presse et organise des conférences de presse, de même que des conférences locales et nationales et des campagnes d'information. Jusqu'à une date récente, les experts qui participaient au processus d'évaluation étaient nommés, sur la base du volontariat, « ambassadeurs » et parcouraient le pays pour informer leurs collègues et les autres acteurs impliqués. Les choses ont changé il y a peu et, aujourd'hui, des « relais » sont désignés dans chaque comté pour faciliter la diffusion des résultats. Enfin, les résultats de l'évaluation sont publiés dans la revue de l'Association médicale suédoise (SLF) et dans d'autres revues nationales et internationales.

La SBU évalue régulièrement l'utilisation des rapports d'évaluation dans la pratique médicale et publie les résultats de ses évaluations dans son rapport d'activité annuel. Des études ont montré l'impact positif des rapports de la SBU. Par exemple, conformément à ses recommandations, le recours au bilan pré-opératoire a été réduit pour les patients jeunes et en bonne santé, ainsi que le nombre de congés maladie prescrits pour cause de douleurs dorsales, et les investissements dans des équipements d'ostéodensitométrie. La prescription de diurétiques et de bêta-bloquants, se révélant aussi efficaces que des médicaments plus récents et plus onéreux pour traiter l'hypertension légère, a augmenté après la publication du rapport de la SBU. Concernant le traitement

de la dépression et de la consommation abusive d'alcool et autres substances toxiques, la prescription de médicaments plus efficaces a augmenté, conformément aux recommandations de la SBU.

Il incombe au *Conseil des prestations pharmaceutiques* (LFN), organisme indépendant créé en 2002, de déterminer si un produit sera remboursé selon le régime de prise en charge des médicaments. Pour chaque nouveau médicament susceptible de donner droit à un remboursement, le LFN se réfère à trois critères : rapport coût-efficacité (du point de vue de la collectivité) ; valeur humaine (c'est-à-dire absence de discrimination) ; « principe de besoin et de solidarité » (qui peut justifier de donner la priorité aux traitements destinés aux personnes qui en ont le plus besoin). Le LFN procède également à l'examen systématique de plusieurs classes de médicaments depuis 2003, ce qui a entraîné le retrait de certains produits de la liste des médicaments remboursables.

* Par exemple, la SBU a publié une synthèse de 28 pages sur la consommation de médicaments chez les personnes âgées (disponible en anglais) : www.sbu.se/upload/Publikationer/Content1/1/Drug_Consumption_among_Elderly_summary.pdf.

Source : Jonsson (2009) ; Moïse et Docteur (2007).

Utilisation de l'ETS pour la prise de décisions en matière de couverture

Parfois, les organismes d'ETS sont également chargés d'« approuver » les technologies, à l'instar du NICE, en Angleterre et au Pays de Galles, ou du LFN, en Suède (chargé d'évaluer les nouveaux médicaments pour les décisions de prise en charge). Le plus souvent cependant, leur rôle se limite à l'évaluation scientifique, et les décisions sont arrêtées par les tiers payeurs, les pouvoirs publics ou les regroupements d'organismes.

Dans le secteur pharmaceutique, où l'utilisation de l'ETS est la plus répandue, l'évaluation est normalement menée par les organismes d'ETS ou par des établissements scientifiques indépendants, tandis que les décisions sur la couverture relèvent des pouvoirs publics et des tiers payeurs. En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) élabore des recommandations sur le remboursement des médicaments, mais les pouvoirs publics et les caisses d'assurance maladie prennent les décisions en dernier ressort. En Allemagne, l'Institut pour la qualité et l'efficacité des soins de santé (IQWiG) fait des recommandations au Comité fédéral conjoint (GBA), associant les caisses d'assurance maladie, les hôpitaux et les médecins, dont émanent les avis définitifs⁴. Au Canada, le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) publie des recommandations quant à la prise en charge des nouveaux médicaments, mais les autorités provinciales et fédérales demeurent responsables de leur inscription sur les listes de médicaments remboursés par leurs programmes (Paris et Docteur, 2006 ; et OCDE, 2008).

Les recommandations pour les décisions de prise en charge n'aboutissent pas toujours à des options du type « oui ou non ». Elles peuvent préconiser une couverture restreinte (selon certaines indications ou pour certains sous-groupes de la population) ou une couverture subordonnée à la participation à des études cliniques. Cette dernière option est de plus en plus courante, en particulier en cas de forte incertitude sur les effets du traitement évalué.

Par ailleurs, dans les pays de l'OCDE, l'ETS a été largement mise au service de programmes de santé publique pour la détection précoce du cancer. Elle a permis, par exemple, de déterminer que les clichés mammographiques systématiques pour le dépistage du cancer du sein ne se justifiaient qu'après 50 ans. Avant 50 ans, les coûts directs et indirects sont supérieurs aux avantages de tels programmes.

Utilisation de l'ETS pour l'élaboration de recommandations de pratique clinique

De nombreux organismes d'ETS aident à la prise de décisions en matière de couverture mais ne proposent pas d'orientations cliniques à l'intention des professionnels. Quelques organismes assument néanmoins ces deux fonctions. Les recommandations de pratique clinique conditionnent plus ou moins le remboursement et sont plus ou moins contraignantes pour les médecins, selon les pays.

Les orientations du NICE, par exemple, définissent ce qui devrait être couvert par le NHS et dans quelles circonstances. Ses orientations cliniques restreignent généralement la couverture à une population cible ou aux traitements de deuxième intention, mais définissent également les droits des patients à l'accès aux traitements, s'il y a lieu. En principe, les recommandations de pratique clinique sont donc contraignantes pour les praticiens du NHS. Néanmoins, il n'existe pas de programme national de surveillance ou de contrôle du comportement des intéressés car le système s'en remet au jugement des professionnels et aux incitations économiques en direction des Primary Care Trusts. Récemment, le NICE a été associé à la définition des objectifs de qualité entrant dans le Quality and Outcomes Framework (QOF), qui incite les médecins à améliorer la qualité des soins par un système de rémunération à la performance.

Par contre, la SBU (Suède) et la HAS (France) formulent des recommandations qui ne sont pas contraignantes pour les professionnels de santé. Des efforts visent à encourager l'adhésion des professionnels, notamment au travers de l'information pharmacothérapeutique assurée par les caisses d'assurance maladie (en France), mais il n'y a pas d'obligation formelle de suivre les recommandations. La rémunération à la performance récemment instaurée en France inclut des objectifs de qualité qui découlent des recommandations de la HAS, si bien que les médecins concernés (un quart des médecins en 2010) sont incités économiquement à se conformer à ces recommandations.

Évaluation économique : rôle et méthodologie

De nombreux pays incluent l'évaluation économique dans l'ETS, notamment pour les recommandations portant sur la couverture des nouveaux médicaments et technologies. Chaque pays ou organisme détermine les méthodes à employer. La plupart des pays calculent un ratio coût-efficacité incrémental (RCEI), qui indique le surcoût induit par le nouveau traitement pour le surcroît d'avantages ou de résultats. Les résultats sont généralement mesurés en années de vie ajustées par la qualité (QALY). L'institut allemand IQWiG, qui a été invité à développer sa méthodologie en 2007, a décidé de se référer aux frontières d'efficacité pour déterminer la thérapie la plus efficace parmi l'ensemble de solutions dont les coûts et les avantages sont connus. Cette méthode est originale et pourrait être adoptée par la France, mais elle ne permet pas de comparer les coûts et avantages entre domaines thérapeutiques (IQWiG, 2009).

Les économistes de la santé débattent depuis des années d'aspects méthodologiques de l'évaluation économique applicable au secteur (coûts et résultats à prendre en compte, modélisation et évaluation de l'incertitude, taux d'actualisation à utiliser pour les futurs coûts et avantages, etc.) qui ne sont pas abordés ici. L'accent est plutôt mis sur deux sujets particulièrement pertinents pour les décideurs : faut-il retenir un seuil de RCEI explicite au-delà duquel les technologies ne seraient pas financées ? Quel rôle devrait jouer l'analyse d'impact budgétaire ?

La question du seuil

En 2008, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) de Belgique a publié un ensemble de réflexions sur la raison d'être et l'utilisation actuelle des seuils de RCEI (Cleemput *et al.*, 2008). Théoriquement, le seuil retenu pour le RCEI devrait être la valeur qui maximise les gains sur le plan de la santé par rapport à un budget fixe : si les payeurs pouvaient classer toutes les interventions des systèmes de santé, du RCEI le plus élevé au plus faible, et calculer l'impact budgétaire de chaque intervention, la valeur seuil du RCEI correspondrait au RCEI de la dernière intervention pouvant être financée avant l'épuisement des ressources budgétaires fixées⁵. Toutefois, exception faite du programme Medicaid de l'Oregon, aucun payeur ni aucun État n'a jamais envisagé un tel classement pour différentes raisons, notamment le manque d'informations sur les coûts et les avantages de toutes les interventions et le fait que toutes les interventions ne peuvent pas être considérées isolément. En outre, les autorités compétentes ont souvent des objectifs autres que la maximisation des gains sur le plan de la santé. Par exemple, elles peuvent faire prévaloir les aspects redistributifs (faire bénéficier un grand nombre de personnes d'interventions apportant moins de « QALY par coût unitaire », de préférence à des interventions plus coût-efficaces mais utiles pour un petit nombre de personnes, par exemple). Autre argument à l'encontre de ces seuils, les fabricants pourraient être incités à fixer les prix le plus haut possible au regard du seuil fixé. Toutes ces difficultés amènent à opter pour un seuil variable, de préférence à un seuil fixe. C'est d'ailleurs la stratégie généralement adoptée par les décideurs (pour le NICE au Royaume-Uni, le LFN en Suède et le PCEM au Canada).

Analyse d'impact budgétaire

L'évaluation économique peut ou non inclure une analyse d'impact budgétaire (AIB), qui mesure l'incidence qu'entraînera l'adoption de la technologie évaluée sur les coûts des soins de santé (ou le budget public). Le rôle de l'AIB dans la prise de décisions est souvent ambigu et mal défini (Niezen *et al.*, 2009). Il arrive que les recommandations fondées sur l'ETS permettent, par contrecoup, de réaliser des économies, auquel cas l'AIB est bienvenue. La plupart du temps, l'AIB consiste à estimer les sommes supplémentaires à engager pour donner suite à une recommandation issue de l'ETS (adoption d'une nouvelle technologie, par exemple). Il appartient ensuite aux décideurs de s'interroger sur la faisabilité budgétaire de la mise en œuvre de cette recommandation.

L'AIB n'est pas toujours menée ni publiée de manière transparente, mais les décideurs ne sauraient guère s'en passer, ne serait-ce qu'à des fins de planification et d'élaboration du budget. L'AIB a-t-elle un rôle à jouer dans l'ETS et le processus de décision ? Niezen *et al.* (2009) donnent des arguments pour sa prise en compte dans les décisions. Premièrement, toute décision impliquant des dépenses supplémentaires a un coût d'opportunité : le montant nécessaire devra être affecté au détriment d'autres interventions en matière de santé ou d'autres investissements publics. L'AIB permet d'appréhender ce coût d'opportunité. Deuxièmement, si des arbitrages s'imposent au sein des systèmes de santé, l'aversion aux pertes ou l'effet de manne – le fait que les individus accordent généralement plus de valeur à ce qu'ils ne veulent pas perdre (par exemple, un médicament qui pourrait être radié de la liste des médicaments remboursés au profit d'un nouveau médicament) qu'à ce qu'ils pourraient obtenir (en l'occurrence, le nouveau médicament) – dissuade les autorités compétentes de retirer des avantages acquis. Ces préférences accroissent le coût d'opportunité des nouvelles décisions, notamment celles ayant un fort impact budgétaire. Troisièmement, lorsque les avantages des interventions

dans le secteur de la santé sont évalués avec un degré élevé d'incertitude, les autorités peuvent davantage hésiter à engager des sommes d'argent importantes. Quatrièmement, l'AIB peut venir à l'appui de mesures visant à préserver « l'égalité des chances ». Le faible impact budgétaire est souvent mentionné pour justifier le remboursement de médicaments orphelins non coût-efficaces (selon les normes en vigueur). En conclusion, les décideurs ne peuvent ignorer l'impact budgétaire : la prise en compte plus explicite de l'AIB rendrait les décisions plus transparente, bien qu'il ne soit pas peut-être possible d'établir des règles définitives permettant d'envisager simultanément le rapport coût-efficacité et la faisabilité budgétaire.

Diffusion des résultats de l'ETS

Il importe que les rapports d'ETS soient rendus publics, pour des raisons de transparence et de mise en œuvre (en ce qui concerne les recommandations de pratique clinique). Ces rapports comprennent généralement des centaines de pages d'informations complexes présentées de façon plus ou moins lisible. Les organismes d'ETS doivent donc s'efforcer de communiquer ces informations aux divers acteurs concernés.

Au minimum, il faut que les organismes d'ETS proposent une synthèse de l'évaluation et des recommandations aisément consultable et utilisable par les professionnels dans leur pratique courante. La plupart des organismes d'ETS y veillent. Néanmoins, des stratégies de diffusion plus actives, à l'instar de la SBU en Suède (voir encadré 3.2), sont souhaitables.

La communication en direction des patients et du grand public revêt encore plus d'importance dans un contexte marqué par la profusion d'informations dont la qualité n'est pas toujours facile à apprécier pour les non-spécialistes. Certains organismes d'ETS publient des informations utiles à l'intention des patients et de leur entourage familial. Aux États-Unis, l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) propose sur son site Internet des guides destinés aux patients, en anglais et en espagnol, ainsi que des documents audio⁶. Ces guides, actuellement au nombre de 16, portent sur le traitement du cancer de la prostate, les antidépresseurs, les médicaments anti-cholestérol, le traitement de l'ostéoporose, etc. Ils décrivent généralement la pathologie ou les symptômes, les avantages et les risques associés aux différents traitements et le prix de fourniture mensuelle des principaux médicaments.

Le NICE publie sur son site Internet des brochures intitulées « Understanding NICE guidance » à l'intention des utilisateurs du NHS. Par exemple, la brochure sur la dépression chez l'adulte⁷ décrit les symptômes classiques de la dépression, les différents traitements qui peuvent être proposés par le NHS selon le degré de gravité de la dépression, et contient une série de questions que les patients devraient poser à leur médecin pour mieux comprendre leur maladie et leur traitement. Le coût des thérapies n'est pas mentionné, tous les traitements étant fournis gratuitement par le NHS.

Suivi de la mise en œuvre

Les recommandations de pratique clinique fondées sur des données probantes ne sont pas toujours contraignantes pour les professionnels de santé, sauf lorsque le financement par un système de santé national ou un assureur en dépend. Toutefois, il importe que les tiers payeurs sachent si les recommandations des organismes d'ETS sont suivies d'effet.

Les tiers payeurs devraient d'abord voir si les prescriptions médicales respectent les éventuelles conditions de remboursement. Dans certains cas, une autorisation préalable doit être sollicitée, mais, le plus souvent, le bien-fondé de la prescription est du ressort du médecin. Dans beaucoup de pays, les tiers payeurs n'ont pas accès au diagnostic posé et ne peuvent donc pas formuler de jugement sur le traitement prescrit. Toutefois, l'analyse des demandes de remboursement peut parfois donner une idée du respect des conditions posées. Par exemple, elle peut révéler que la population initialement ciblée a été élargie à des groupes non éligibles.

De même, il faudrait analyser la conformité des pratiques des professionnels de santé aux recommandations fondées sur l'ETS, ne serait-ce que pour mesurer la portée réelle de l'ETS. Cependant, très peu de pays procèdent de façon formelle à un examen systématique de l'impact des rapports d'ETS comme le fait la Suède (voir encadré 3.2). En Angleterre, le NICE établit et demande des rapports sur le taux de mise en œuvre des recommandations⁸. Plus de 30 rapports ont été publiés jusqu'à présent, principalement à partir des données administratives sur les demandes de remboursement.

6. L'impact de l'évaluation des technologies de santé

Velasco-Garrido *et al.* (2008) ont systématiquement analysé les ouvrages consacrés à l'impact de l'ETS au moyen d'une grille comportant six critères : information (les acteurs concernés ont connaissance des rapports sur l'ETS), acceptation des acteurs concernés, impact sur le processus d'élaboration des politiques, impact sur la prise de décisions, impact sur la pratique clinique et résultats (gains sur le plan de la santé et impact économique). Les paragraphes suivants couvrent trois aspects importants : l'impact sur la prise de décisions, l'impact sur les pratiques et l'impact sur les coûts.

Impact de l'ETS sur la prise de décisions

Lorsque l'ETS vise à étayer les décisions en matière de couverture, les recommandations ne sont généralement pas contraignantes pour les instances publiques, les caisses d'assurance maladie ou les autres organismes qui décident en dernier ressort. Par exemple, au Canada, les décisions de prise en compte de nouveaux produits dans les régimes provinciaux d'assurance-médicaments suivent généralement les recommandations du PCEM, avec des délais variables, mais tendent à être plus restrictives que les recommandations initiales d'inscription (McMahon *et al.*, 2006). En France, les recommandations positives de la HAS concernant la prise en charge des médicaments sont généralement suivies, tandis que les recommandations de radiation de la liste des médicaments remboursés ne se traduisent toujours dans les faits, ou alors avec un certain retard.

Les recommandations fondées sur l'ETS contribuent-elles à faire évoluer les pratiques médicales ?

En examinant les travaux antérieurs, Velasco-Garrido *et al.* (2008) ont recensé 17 études relatives à l'impact de l'ETS sur les pratiques médicales, centrées sur deux pays : le Royaume-Uni (recommandations du NICE) et la Suède. Les résultats de ces études sont contrastés.

Sheldon *et al.* (2004) ont analysé l'impact de 11 séries de recommandations du NICE émises entre 1999 et 2001 et font état de résultats nuancés. Dans plusieurs cas, le NICE

n'a pas eu d'impact significatif sur la tendance des pratiques en vigueur (extraction de dents de sagesse, appareils auditifs, défibrillateurs cardiovertteurs implantables, prescription de zanamivir pour le traitement de la grippe, par exemple). Dans d'autres, la recommandation a fait sensiblement évoluer les pratiques (prescription accrue d'orlistat contre l'obésité et de taxanes pour le traitement du cancer du sein, par exemple) et/ou une réduction des variations en matière de pratique (orlistat et médicaments contre la maladie d'Alzheimer). Cependant, dans le cas d'orlistat, un audit approfondi a révélé que le médicament était prescrit conformément à la recommandation dans seulement 12 % des cas (âge, IMC et perte de poids). Les auteurs en ont conclu que l'acceptation par les professionnels des recommandations publiées influe largement sur la mise en pratique.

En Suède, d'après les études d'impact, les recommandations de la SBU ont eu des effets sur les pratiques médicales dans la plupart des cas (voir encadré 3.2).

L'ETS ne permet pas toujours de réduire les coûts

Les activités d'ETS ont pour principal objectif d'améliorer l'efficacité, la qualité et l'efficience des soins de santé. Elles peuvent permettre de faire des économies dès lors que la couverture d'une nouvelle technologie est refusée ou restreinte, ou que des recommandations de pratique clinique précaunissent d'autres traitements moins onéreux. Le NICE a publié sur son site Internet une liste d'orientations censées contribuer à réduire les coûts⁹.

Toutefois, il est clair que l'ETS ne se traduit pas toujours par des économies. En fait, les estimations empiriques montrent que les recommandations du NICE pour l'adoption de nouvelles technologies ont coûté au NHS 1.65 milliards GBP supplémentaires par an (Chalkidou *et al.*, 2009).

7. L'avenir de l'évaluation des technologies de santé

Aucun consensus ne se dégage parmi les pays de l'OCDE concernant le recours à l'ETS, et plus précisément à l'évaluation économique. Plusieurs arguments régulièrement avancés contre son utilisation sont évoqués ci-dessous, ainsi que des principes clés élaborés par un groupe d'experts international en vue d'un meilleur pilotage de l'ETS pour les décisions d'allocation des ressources (voir encadré 3.3 et Drummond *et al.*, 2008).

Discussion sur les trois arguments contre le recours à l'ETS et à l'évaluation économique

Premier argument contre le recours à l'ETS et à l'analyse coût-efficacité : elles n'encouragent pas l'innovation dans le secteur de la santé et peuvent compromettre les investissements privés en R-D. En réalité, le degré d'influence, négative ou positive, de l'ETS sur l'innovation technologique dépend des méthodes utilisées, notamment pour l'évaluation des résultats.

En faisant entrer l'ETS et l'évaluation économique dans les décisions en matière de couverture, les acteurs publics et les tiers payeurs donnent aux fabricants des indications sur le type d'innovation auquel ils accordent de la valeur et sur leur consentement à payer. La sélection des résultats dignes d'intérêt constitue une première indication. Par exemple, si certains organismes d'ETS considèrent certains marqueurs de substitution comme des critères acceptables de résultats¹⁰, d'autres sont plus réticents. En rendant ce choix

explicite, les autorités donnent des informations utiles aux innovateurs sur le type de preuves à fournir pour faire adopter leurs produits. De même, lorsque les organismes d'ETS évaluent le « degré d'innovation » d'un nouveau produit pour étayer les décisions concernant les prix, comme c'est le cas en France¹¹, l'industrie reçoit une information transparente et explicite sur la valeur attribuée aux améliorations thérapeutiques marginales (ou radicales) apportées par ses produits. Cela peut aider l'industrie à orienter ses investissements vers les domaines thérapeutiques et les adaptations marginales des thérapies existantes les plus prisés.

L'impact de l'utilisation des critères coût-efficacité sur les investissements privés consacrés à la R-D n'est pas univoque. Vernon *et al.* (2005) montrent comment les entreprises peuvent faire intervenir des seuils de coût-efficacité dans leurs choix en matière d'investissements de R-D pour déterminer le rendement escompté selon différents niveaux d'efficacité, de prix et de volume. L'existence de seuils de RCEI (implicites ou explicites) peut réduire l'incertitude des entreprises quant aux décisions et au consentement à payer des autorités compétentes, mais elle peut aussi décourager les investissements de R-D qui procurent de faibles retours sur investissement au seuil considéré^{12,13}.

Il convient de noter que l'ETS et l'évaluation économique n'aboutissent pas toujours à des recommandations négatives, et qu'elles ont même dans le passé promu et fait adopter certaines technologies nouvelles dans des systèmes pourtant soumis à de fortes contraintes budgétaires (Royaume-Uni, par exemple).

Deuxième argument : la durée des travaux d'ETS et d'analyse coût-efficacité retarde l'accès des patients à l'innovation. En effet, l'élaboration d'un rapport d'ETS peut prendre plusieurs années (de deux à trois ans en Suède pour les rapports sur le traitement d'une affection qui comparent plusieurs possibilités). Cependant, dans de nombreux pays, des produits et des traitements peuvent être mis sur le marché et parfois remboursés avant d'avoir fait l'objet d'une ETS. L'accès n'est donc pas, en principe, reporté à plus tard. Il en va ainsi au Royaume-Uni, où un nouveau médicament, par exemple, peut être proposé aux patients du NHS tant que le NICE n'a pas pris de décision contraire¹⁴. En outre, les pays peuvent mettre en place des procédures accélérées pour les technologies qui offrent des perspectives favorables. En Suède, par exemple, la SBU a conçu un programme particulier (Alert) d'examen rapide des traitements innovants (Jonsson, 2009). Enfin, les tiers payeurs peuvent élaborer des programmes d'accès spécial pour que les patients atteints d'une maladie mettant en jeu leur pronostic vital bénéficient immédiatement de traitements prometteurs, sans attendre les résultats de l'évaluation et de l'appréciation. Au Canada, plusieurs régimes fédéraux et provinciaux d'assurance-médicaments ont instauré des programmes de ce type (Paris et Docteur, 2006).

Troisième argument : l'ETS soulève des questions éthiques et n'est pas acceptée par la population, surtout quand les recommandations de l'ETS sont négatives. Ces décisions sont souvent perçues comme des mesures de rationnement par le grand public ou les patients, sans parler de leur retentissement dans les médias (notamment au Royaume-Uni). Or toute contrainte budgétaire, quelle que soit sa rigueur, implique des arbitrages. L'ETS permet simplement de rendre les arbitrages plus explicites, rationnels, cohérents et équitables. Sans doute faudrait-il le faire plus largement savoir auprès des professionnels, des patients et du grand public. La participation des acteurs concernés à l'ETS, la transparence du processus et la divulgation des critères pris en compte dans les décisions finales devraient contribuer à susciter une plus grande adhésion à ce processus et aux décisions finales qui en découlent (Gruskin et Daniels, 2008).

Principes de bonne conduite et de bonne utilisation de l'ETS

Parmi les principes de bonnes pratiques en matière d'ETS (voir encadré 3.3), beaucoup ont déjà été adoptés par plusieurs pays de l'OCDE et recueillent l'assentiment général alors que d'autres ont été adaptés au contexte national. Compte tenu des pratiques d'ETS en vigueur dans les pays de l'OCDE, certaines des recommandations formulées ici sont particulièrement dignes d'intérêt.

L'idée que l'ETS devrait s'appliquer à toutes les technologies est probablement l'une des plus importantes, d'où plusieurs conséquences. Dans bien des pays, les activités d'ETS portent sur des médicaments nouveaux et des dispositifs médicaux onéreux, qui sont évalués par rapport aux traitements existants. Ce choix tient en partie au manque de ressources. Mais l'ETS devrait être étendue à l'ensemble des technologies (produits, diagnostics et actes, gestion thérapeutique) et à l'examen des traitements existants pour que le processus de décision soit plus rationnel. Même s'il n'est pas indispensable d'établir des rapports d'ETS pour les milliers d'actes et de produits médicaux en usage, un certain nombre de pays ont des progrès à faire en la matière. Presque partout, d'importantes économies peuvent être réalisées dans les pratiques cliniques en vigueur plutôt que dans les nouvelles technologies. C'est en rationalisant les pratiques existantes qu'on peut véritablement économiser et gagner en efficacité. Autrement dit, il faut non seulement abandonner les techniques obsolètes ayant une efficacité marginale, mais aussi faire en sorte que des actes et technologies efficaces soient dûment diffusés et repris par tous.

L'implication des acteurs concernés (producteurs, professionnels et patients) dans le processus d'ETS est certes souhaitable. Encore devrait-elle être clairement définie (consultation ou participation ?). On notera avec intérêt qu'elle ne se réduit pas nécessairement à un rôle de « chambre d'enregistrement » des conclusions de l'ETS. Dans le cas du NICE, bien que parties prenantes au processus, les fabricants ont contesté 30 % des décisions, dont la moitié ont été maintenues (Drummond *et al.*, 2008).

Toutefois, deux recommandations ne font pas l'unanimité. Tout d'abord, Drummond *et al.* (2008) recommandent d'adopter le point de vue de la collectivité dans l'ETS ; beaucoup de pays se contentent d'examiner les coûts pour les payeurs des « soins de santé ». Théoriquement, la perspective collective devrait être utilisée pour maximiser le bien-être social. Or, en pratique, la mission confiée aux responsables des politiques de santé consiste à maximiser les gains réalisés grâce aux budgets ou aux dépenses consacrées à la santé. Par conséquent, l'évaluation économique porte souvent sur les coûts pour le payeur public ou pour l'ensemble des payeurs de soins (Johannesson *et al.*, 2009).

Deuxièmement, certains pays considèrent que les données confidentielles ne peuvent pas entrer dans l'ETS, au risque de mettre en cause l'impératif de transparence.

Encadré 3.3. Principes clés d'un meilleur pilotage de l'ETS pour les décisions d'allocation des ressources

- *L'objectif et la portée de l'ETS devraient être explicites et pertinents* : ils doivent recueillir l'assentiment d'un large éventail d'acteurs ; il faut que le lien soit clair entre l'ETS et la prise de décisions.
- *L'ETS devrait être un exercice impartial et transparent* : l'ETS doit être menée par des organismes indépendants des organismes décisionnaires, des tiers payeurs ou des associations professionnelles ; le processus d'ETS et les critères de décision doivent être transparents. Les travaux doivent être mis gratuitement à la disposition de tous les acteurs concernés.
- *L'ETS devrait englober toutes les technologies pertinentes*, à savoir les médicaments, dispositifs, actes diagnostics et stratégies de traitement pour éviter les distorsions en matière d'allocation de ressources. La place privilégiée actuellement accordée aux médicaments et aux nouvelles technologies ne correspond pas à la situation idéale.
- *Un système clair permettant de fixer les priorités en matière d'ETS devrait être mis en place* pour garantir l'efficacité des activités d'ETS. Par exemple, le NICE sélectionne les technologies à évaluer selon six critères : charge de morbidité, impact sur les ressources, importance clinique et stratégique, variations injustifiées dans les pratiques, facteurs susceptibles d'influer sur l'actualité des recommandations, et probabilité que les recommandations aient un impact.
- *L'ETS devrait intégrer des méthodes appropriées d'évaluation des coûts et des avantages* : il faut que les méthodes soient adaptées à l'objectif visé et au contexte, transparentes et cohérentes pour toutes les évaluations, et périodiquement réexaminées. L'ETS doit être menée par des experts dûment formés.
- *L'ETS devrait prendre en compte un large éventail de données et de résultats* : les données provenant d'essais cliniques randomisés demandent sans doute à être complétées par des observations ; les marqueurs de substitution doivent être pris en compte et extrapolés aux résultats dignes d'intérêt ; les avantages, les risques et les coûts sont à définir au sens large. Les résultats doivent englober l'évolution de la qualité de vie des patients, ainsi que les avantages procurés à l'entourage familial des patients, à leurs employeurs et à la collectivité. Les variations de coûts et d'avantages selon les sous-groupes de population doivent être évaluées.
- *Le point de vue de la collectivité devrait être adopté dans l'ETS* pour garantir une allocation efficace des ressources pour la société dans son ensemble.
- *L'ETS devrait explicitement caractériser l'incertitude entourant les estimations* et assortir les résultats d'analyses de sensibilité et d'intervalles de confiance.
- *L'ETS devrait aborder et traiter la question des possibilités de généralisation et de transfert entre patients*, entre groupes de population et entre structures de soins.
- *Les personnes chargées de réaliser l'ETS devraient résolument associer l'ensemble des principaux groupes d'acteurs concernés* à la définition des objectifs des rapports d'ETS, des autres traitements et populations de patients à prendre en compte, ainsi qu'à la modélisation. Il faut que les intéressés aient la possibilité de commenter les projets d'ETS et de contester les décisions.
- *Les personnes entreprenant une démarche d'ETS devraient activement rechercher toutes les données disponibles*, informations confidentielles comprises, bien que le principe de transparence puisse poser des problèmes à cet égard.
- *L'exploitation des résultats de l'ETS devrait faire l'objet d'un suivi*.
- *L'ETS devrait intervenir au moment opportun* : si possible, l'ETS doit faire suite à l'autorisation de mise sur le marché et être réexaminée périodiquement, ou lorsque de nouvelles informations sont disponibles.
- *Les résultats de l'ETS doivent être communiqués aux différents décideurs*, à savoir les autorités compétentes, les responsables d'établissements de soins, les professionnels de santé, les patients et le grand public.
- *Le lien entre les résultats de l'ETS et les processus décisionnels doit être transparent et clairement défini*. Les critères retenus par les décideurs peuvent légitimement différer selon les payeurs ou les juridictions. Idéalement, ils doivent être transparents.

Source : Drummond et al. (2008)

8. Conclusions

La rationalisation de l'offre de soins laisse présager des gains d'efficience. L'élaboration et la diffusion de recommandations de pratique clinique fondées sur la médecine fondée sur les preuves (MFP) peuvent contribuer à cette rationalisation. L'évaluation des technologies de santé (ETS) peut compléter l'utilisation des recommandations en éclairant les décisions en matière de couverture pour établir que les nouvelles technologies méritent d'être adoptées.

Il faut disposer de données pour mener une ETS. La conception de systèmes d'information fournissant des chiffres sur les volumes et les coûts des actes médicaux réalisés et des traitements prescrits conditionne la mise au point de l'ETS. Certains pays ont également besoin d'améliorer les compétences en matière d'évaluation.

Les pays devraient s'attacher plus activement à suivre la mise en œuvre des recommandations découlant des ETS, et plus particulièrement des recommandations de pratique clinique. Actuellement, seuls quelques organismes ou établissements d'ETS entreprennent ou commandent des études pour mesurer l'impact des recommandations.

Les pays intéressés peuvent mettre à profit des collaborations internationales déjà fécondes dans le domaine de l'ETS. Il existe des réseaux européens et internationaux qui permettent de partager des expériences et des compétences, de dégager des bonnes pratiques d'ETS et de coordonner le repérage à un stade précoce des technologies nécessitant une évaluation¹⁵. Les consommateurs et les payeurs auraient assurément tout à gagner de méthodes d'ETS plus standardisées. Bien que les résultats de l'évaluation économique varient inévitablement d'un pays à l'autre – en raison des différences liées à l'organisation des soins, au prix relatif des divers intrants, aux pratiques professionnelles et au contexte épidémiologique –, l'uniformisation des règles applicables aux données requises serait souhaitable.

Les institutions ont leur importance. Il semble intéressant d'associer les fonctions qui consistent à examiner les nouveaux médicaments et technologies et à élaborer des recommandations fondées sur des données probantes. Les considérations médicales sur le l'efficacité clinique doivent s'articuler avec des considérations économiques sur le rapport coût-efficacité, techniques d'évaluation à l'appui. Autrement dit, la perspective clinico-économique est au cœur d'une prise de décisions rationnelles dans le secteur de la santé.

Notes

1. À partir d'une synthèse de plusieurs études menées aux États-Unis, des spécialistes ont considéré qu'un tiers ou plus des actes réalisés dans ce pays dans les années 90 présentaient un intérêt contestable (RAND, 1998).
2. Toutefois, l'autorégulation de la profession médicale étant ancrée de longue date, ces activités reposent toujours sur des associations et des collèges de médecins dans plusieurs pays. En Suisse, par exemple, la promotion des bonnes pratiques en matière

de prescriptions pharmaceutiques dépend principalement de cercles de qualité regroupant des médecins et des pharmaciens (Paris et Docteur, 2007), sans intervention de la puissance publique, moyennant seulement un soutien logistique des assureurs (pour la collecte de données).

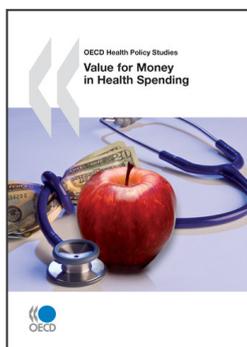
3. Aux États-Unis, l'OTA (Office of Technology Assessment) créé en 1972 a été dissous par le Congrès quelques années plus tard.
4. L'Institut allemand d'information et de documentation médicales (DIMDI) pilote des programmes d'ETS, sollicite des rapports d'ETS auprès d'experts en la matière et tient à jour une base de données contenant tous les rapports d'ETS, y compris ceux de l'IQWiG (voir www.dimdi.de/static/en/index.html).
5. Selon cette définition, il ne devrait pas y avoir de valeurs seuils de RCEI dans les systèmes de sécurité sociale non soumis à des contraintes budgétaires rigoureuses ou lorsque les choses sont envisagées sous l'angle sociétal.
6. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/guides-for-patients-and-consumers/, consulté le 8 mars 2010.
7. <http://guidance.nice.org.uk/CG90/PublicInfo/pdf/English>, consulté le 8 mars 2010.
8. www.nice.org.uk/usingguidance/evaluationandreviewofniceimplementationevidenceernie/niceimplementationuptakecommissionedreports/nice_implementation_uptake__commissioned_reports.jsp, consulté le 8 mars 2010.
9. Cf. www.nice.org.uk/usingguidance/benefitsofimplementation/costsavingsguidance.jsp.
10. Les marqueurs de substitution sont des sortes de « mesures intermédiaires des résultats ». Par exemple, les observations factuelles disponibles peuvent démontrer qu'un médicament fait baisser le taux de cholestérol (lié au risque de mortalité prématurée) sans pour autant démontrer qu'il réduit la mortalité.
11. La HAS, en France, évalue le « degré d'innovation » de chaque nouveau médicament sur une échelle de 1 à 5 par rapport à celui des concurrents existants. Même en l'absence d'évaluation économique formelle, l'ETS, conjuguée au prix des concurrents existants, est appelée à éclairer les décisions sur les prix. Les produits les plus innovants bénéficieront d'un avantage prix.
12. Hollis (2005) propose que les autorités publient des seuils de RCEI pour les médicaments orphelins (qui seront généralement supérieurs aux seuils habituels) pour encourager les entreprises à investir dans ce type de produits.
13. En outre, certains auteurs font valoir que les seuils de RCEI pourraient encourager les entreprises à fixer des prix plus élevés qu'en l'absence d'intervention, mais sans dépasser le seuil.
14. Toutefois, en pareil cas, les prestataires peuvent préférer attendre la décision du NICE (et le financement supplémentaire du NHS) pour adopter l'innovation.
15. Voir, entre autres exemples : EUnetHTA (réseau européen d'évaluation des technologies de la santé, www.eunetha.net/) ; INAHTA (réseau international des agences d'ETS, www.inahta.org/Publications/) – réseau créé en 1993 qui compte aujourd'hui 46 organismes dans 24 pays ; Euroscan (www.euroscan.org.uk) ; et InnoHTA (méthodologie d'ETS pour les technologies innovantes dans le secteur de la santé, www.inno-hta.eu/).

Bibliographie

- Baker, L. *et al.* (2008), « Expanded Use of Imaging Technology and the Challenge of Measuring Value », *Health Affairs*, vol. 27, n° 6, pp. 1467-1478.
- Battista, R.N. et M.J. Hodge (2009), « The 'Natural History' of Health Technology Assessment », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 25, Suppl. 1, pp. 281-284.
- Capallero, G., G. Fattore et A. Torbica (2009), « Funding Health Technologies in Decentralised Systems: A Comparison between Italy and Spain », *Health Policy*, vol. 92, pp. 313-321.
- Chalkidou, K. *et al.* (2009), « Comparative Effectiveness Research and Evidence-based Policy: Experience from Four Countries », *The Milbank Quarterly*, vol. 87, n° 2, pp. 339-367.
- Cleemput, I. *et al.* (2008), « Valeurs seuils pour le rapport coût-efficacité en soins de santé », KCE reports 100B, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), Bruxelles.
- Dartmouth Institute (2008), « An Agenda for Change : Improving Quality and Curbing Health Care Spending: Opportunities for the Congress and the Obama Administration », A Dartmouth Atlas White Paper, The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice.
- de Jong, J. *et al.* (2010), « Do Guidelines Create Uniformity in Medical Practice? », *Social Science and Medicine*, vol. 70, pp. 209-216.
- Docteur, E. et R. Berenson (2010), « How Will Comparative Effectiveness Research Affect the Quality of Health Care? », Timely Analysis of Immediate Policy Issues, Urban Institute and Robert Wood Johnson Foundation.
- Drummond, M. *et al.* (2008), « Key Principles for the Improved Conduct of Health Technology Assessments for Resource Allocation Decisions », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 24, n° 3, pp. 244-258.
- Gómez-Dantés, O. et J. Frenk (2009), « Health Technology Assessment in Mexico », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 25, Suppl. 1, pp. 270-275.
- Gruskin, S. et N. Daniels (2008), « Justice and Human Rights: Priority Setting and Fair Deliberative Process », *American Journal of Public Health*, vol. 98, n° 9, pp. 1573-1577.
- Hisashige, A. (2009), « History of Health Care Technology Assessment in Japan », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 25, Suppl. 1, pp. 210-218.
- Hollis, A. (2005), « An Efficient Reward System for Pharmaceutical Innovation », Research Paper, Department of Economics, University of Calgary.
- Institute of Medicine (2009), *Initial National Priorities for Comparative Effectiveness Research*, Institute of Medicine of the National Academies, Washington, DC.

- IQWiG (2008), « General Methods for the Assessment of the Relation of Benefits to Costs », Version 1.0, IQWiG, Cologne.
- Johannesson, M. *et al.* (2009), « Why Should Economic Evaluations of Medical Innovations Have a Societal Perspective? », OHE Briefing, n° 51, Office of Health Economics, Londres.
- Jonsson, E. (2009), « History of Health Technology Assessment in Sweden », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 25, Suppl. 1, pp. 42-52.
- Joumard, I., C. André, C. Nicq et O. Chatal (2008), « Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 627, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Joumard, I., C. André, C. Nicq et O. Chatal (2010), « Systèmes de santé : Efficience et institutions, Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 769, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Kim, C.-Y. (2009), « Health Technology Assessment in South Korea », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 25, Suppl. 1, pp. 219-223.
- Mousques J., Renaud T. et O. Scemama (2010), « Is the “practice style” hypothesis relevant for general practitioners? An analysis of antibiotics prescription for acute rhinopharyngitis », *Social Science and Medicine*, à paraître.
- McGlynn, E.A. *et al.* (2003), « The Quality of Care Delivered to Adults in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 26, pp. 2635-2645.
- McMahon, M., S. Morgan et C. Mitton (2006), « Common Drug Review: A NICE Start for Canada? », *Health Policy*, vol. 77, n° 3, pp. 339-351.
- Moïse, P. et E. Docteur (2007), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Sweden », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 28, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Mousques, J., T. Renaud et O. Scemama (2010), « Is the ‘Practice Style’ Hypothesis Relevant for General Practitioners? An Analysis of Antibiotics Prescription for Acute Rhinopharyngitis », *Social Science and Medicine*, à paraître.
- Mullan, F. et J. Wennberg (2004), « Wrestling With Variation: An Interview With Jack Wennberg », *Health Affairs*, exclusivement sur Internet, pp. VAR73-VAR80.
- Mulley, A.G. (2009), « The Need to Confront Variation in Practice », *British Medical Journal*, vol. 339, pp. 1007-1009.
- Niezen, M.G. *et al.* (2009), « Finding legitimacy for the role of budget impact in drug reimbursement decisions », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 25, n° 1, pp. 49-55.
- OCDE (2005), *Technologies de la santé et prise de décision*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2008), *Les prix des médicaments sur un marché global : politiques et enjeux*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2009), *Panorama de la santé 2009 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions de l'OCDE, Paris.

- OCDE (2010), *Eco-Santé OCDE 2010 : Statistiques et indicateurs*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Paris, V. et E. Docteur (2006), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Canada », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 24, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Paris, V. et E. Docteur (2007), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Switzerland », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 27, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Paris, V., M. Devaux et L. Wei (2010), « Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 50, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Polton, D., P. Ricordeau et H. Allemand (2007), « Peut-on améliorer à la fois la qualité et l'efficacité de la prescription médicamenteuse ? », *Revue française des affaires sociales*, vol. 61, n° 3-4, pp. 73-86.
- RAND (1998), « Assessing the Appropriateness of Care », RAND Health Research Highlights, RAND Corporation.
- Sheldon, T.A. *et al.* (2004), « What's the Evidence that NICE Guidance Has Been Implemented? Results from a National Evaluation Using Time Series Analysis, Audit of Patients' Notes and Interviews », *British Medical Journal*, vol. 329, p. 999.
- Sorenson, C., P. Kanavos et M. Drummond (2007), *Ensuring Value for Money in Health Care: The Role of HTA in the European Union*, London School of Economics et université de York, Londres.
- Velasco Garrido ; M. *et al.* (2008), « Health Technology Assessment and Health Policy Making in Europe – Current Status, Challenges and Potential », Observatory Studies Series, n° 14, OMS/Europe pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Copenhague.
- Vernon, J., W.K. Huguen et S.J. Johnson (2005), « Mathematical Modelling and Pharmaceutical Pricing: Analyses Used to Inform In-Licensing and Developmental Go/No-Go Decisions », *Health Care Management Science*, vol. 8, pp. 167-179.



Extrait de :
Value for Money in Health Spending

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264088818-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2010), « Prise de décisions rationnelles en matière d'allocation des ressources », dans *Value for Money in Health Spending*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264088832-6-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.