

Des évaluations économiques utiles pour investir dans la prévention

**Jean-Baptiste Delaye,
Alexandre Prachant,**
doctorants en économie de la santé,
Bureau d'économie théorique et appliquée
(Beta)
université de Strasbourg.

L'ESSENTIEL

Face à des ressources publiques contraintes, il est devenu crucial de hiérarchiser les programmes de promotion de la santé les plus efficaces, en s'appuyant sur des études économiques. Plusieurs approches existent, telle l'analyse coût-efficacité qui mobilise un indicateur non monétaire : les années de vie en bonne santé gagnées. Le choix du test de dépistage pour la prévention du cancer colorectal est à cet égard éclairant.

Entre 2013 et 2023, les dépenses de soins et de biens médicaux ont augmenté de 33 % [1]. Dans ce contexte, le plan France 2030 prévoit des investissements publics dans l'innovation au service de la prévention en santé de l'ordre de 130 millions d'euros [2]. Les politiques de prévention et promotion de la santé (PPS) visent à améliorer l'état général de la population, tout en réduisant les dépenses de santé et de protection sociale. Au Royaume-Uni, il a été démontré qu'il est plus efficient en termes de dépenses publiques de mettre en place des programmes de santé préventive que d'effectuer des soins curatifs [3].

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue trois niveaux de prévention. La prévention primaire cherche à éviter l'apparition de problèmes de santé ; la prévention

secondaire a pour objectif de déterminer ce problème et de le traiter précoce-ment ; et la prévention tertiaire vise à réduire la progression et les complications de ce problème. L'apparition de nouvelles structures comme les agences régionales de santé (ARS), et les nouvelles missions de recommandations et d'avis médico-économiques confiées à la Haute Autorité de santé (HAS) montrent l'intérêt croissant pour les politiques de PPS depuis la fin des années 2000 en France.

Dans un contexte de ressources limitées, il n'est pas possible de financer l'ensemble des politiques efficaces, c'est-à-dire dont l'effet a été démontré. Il est alors nécessaire de les hiérarchiser afin d'implémenter celles dont l'impact est le plus important au regard des ressources engagées. Ce travail s'appuie sur des études d'efficience des actions de PPS. Peu développées en France en dehors du cadre académique, ces études sont plus nombreuses dans d'autres pays notamment en Angleterre, et elles permettent de montrer l'importance des politiques de prévention [4].

Mesurer l'efficience des interventions

Les études d'efficience reposent sur des méthodes d'évaluation comparables aux études menées dans le cadre de la *science-based medicine*¹. Parmi ces études d'efficience, on peut noter les études coût-bénéfice, coût-efficacité, coût-conséquence, etc. Le principe commun de ces différentes approches est d'étudier l'effet d'un programme de santé publique affectant un groupe traité par rapport à un groupe-contrôle.

L'analyse coût-bénéfice vise à identifier monétairement les bénéfices collectifs d'un programme de santé publique et à les comparer aux coûts globaux engendrés par ce programme. Cette méthode repose sur la propension à payer, c'est-à-dire le montant maximum qu'un individu est disposé à dépenser pour acquérir un bien. Le coût peut être décomposé en coût supporté par les finances publiques et en coût social [5]. L'analyse cherche à prendre en compte aussi bien les coûts directs et les coûts indirects : les coûts directs correspondent à l'ensemble des dépenses imputables au programme, par exemple le salaire des intervenants, le matériel nécessaire ou les campagnes de communication. Les coûts indirects correspondent aux coûts médicaux et non liés au traitement, comme le coût des pathologies à venir, les pertes de productivité ou les dépenses de protection sociale supplémentaires.

Cependant, le gradient social en santé remet en question la pertinence d'une valorisation des bénéfices reposant sur la propension à payer, ce qui rend cette méthode peu applicable dans la pratique. Les plus pauvres ont la plus faible propension à payer mais aussi le niveau de santé le moins bon. Pour pallier ce problème, on peut utiliser un deuxième type d'analyse, l'analyse coût-efficacité [6]. Cette approche compare les coûts à une mesure d'efficacité de la politique, fondée sur une unité non monétaire, par exemple le nombre de *Quality adjusted life years* (QALYs²) gagnés. Cet indicateur mesure le nombre d'années supplémentaires vécues en bonne santé et applique, dans un contexte

de santé publique, le concept économique d'« utilité valeur » d'un bien ou d'un service pour un individu. Son calcul repose sur une pondération de chaque année de vie par une mesure de la qualité de vie.

Critères de sélection des actions de prévention

Pour mettre en œuvre ces politiques, les décideurs publics ont besoin d'une valeur de référence afin de comparer les résultats des études scientifiques. Ces résultats sont souvent exprimés à l'aide du ratio différentiel coûts-résultats (RDCR), qui est le quotient entre la différence de coûts et de résultats entre le groupe traité et le groupe témoin. Le RDCR est ensuite comparé à la valeur de référence pour déterminer l'efficacité de l'intervention. Dans le cas du QALY, la valeur de référence représente la disposition à payer pour une année de vie en bonne santé. Si au Royaume-Uni une valeur de référence entre 20 000 et 30 000 livres sterling fait consensus, ce n'est pas le cas en France [7]. En termes de recommandations méthodologiques, la HAS conseille de comparer le RDCR avec différentes valeurs de référence. Une étude de 2020 proposait une fourchette comprise entre 147 093 euros et 201 398 euros, calculée à partir de la « valeur de la vie statistique³ » établie par France Stratégie en 2013 [7]. L'une des raisons pour ne pas fixer une valeur unique est la non-comparabilité des études : le seuil pour un médicament diffère du seuil d'une technologie de santé plus complexe. De plus, les différences de contexte socio-économique rendent difficilement transposables en France les résultats d'une étude réalisée dans un autre pays. Du fait de sa méthode de calcul, le QALY dépend des préférences du pays d'étude. Par exemple, la valeur d'une année de vie supplémentaire diffère en Angleterre et en France. Par conséquent, les études réalisées en France sont privilégiées lorsque les décideurs publics souhaitent mettre en œuvre une politique de prévention et promotion de la santé (PPS).

Le cas de la lutte contre le cancer

La mise en place de programmes de lutte contre les cancers dépend notamment d'évaluation de leur efficience. En 2009, la France a lancé un programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Cela permet une prise en charge précoce, une harmonisation de la qualité des soins et une réduction des inégalités d'accès aux soins. Ce dépistage utilise le test immunochimique fécal (TIF) et permet un gain de 14 QALYs pour 1 000 personnes, soit un coût de 3 600 euros par QALY supplémentaire obtenue. Il est aussi possible d'effectuer un test sanguin, mais son coût est de 154 600 euros par QALY [8]. Le programme actuel est donc le plus efficient.

Il est parfois difficile de distinguer l'effet d'une modalité au sein d'un programme combinant plusieurs actions. Par exemple, les efforts de lutte contre le tabagisme et contre les cancers associés ont contribué à réduire le nombre de fumeurs, mais il reste complexe d'attribuer les résultats à un programme spécifique. L'analyse économique permet d'évaluer le rapport coût-efficacité de certains leviers. La taxe sur les paquets de cigarette peut être étudiée à travers la notion d'élasticité-prix, qui correspond à la variation de la demande suite à une variation du prix. L'élasticité-prix du tabac étant négative, une hausse du prix réduit la consommation de tabac. Cette mesure a un coût-efficacité élevé puisque les dépenses liées à la mise en place de la taxe sont minimes, entraînant par ailleurs des recettes fiscales. ■

- 1. Approche de la médecine qui repose sur l'utilisation de preuves scientifiques pour guider les décisions cliniques.
- 2. Années de vie gagnées avec une meilleure qualité de vie (NDLR).
- 3. Généralement estimée à partir de la somme que des individus sont prêts à payer pour réduire les risques de décès.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] France 2030 : mobiliser l'innovation au service de la prévention en santé, avec une stratégie dédiée. Info.gouv.fr, 30 août 2024. En ligne : <https://www.info.gouv.fr/actualite/france-2030-mobiliser-innovation-au-service-de-la-prevention-en-sante-avec-une-strategie-dediee>
- [2] Didier M., Lefebvre G. Les dépenses de santé en 2023. Résultats des comptes de la santé, *Panoramas de la Drees*, 21 novembre 2024 : 282 p. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/241120-Panorama-CNS24>
- [3] Martin S., Lomas J., Claxton K. Is an ounce of prevention worth a pound of cure? A cross-sectional study of the impact of English public health grant on mortality and morbidity. *BMJ open*, 2020, vol. 10, n° 10 : e036411. En ligne : <https://bmjopen.bmjjournals.com/content/10/10/e036411>
- [4] Bras P.-L., Monasse H. *La Prise en compte des preuves scientifiques dans les actions prévention et promotion de la santé*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 14 novembre 2024. En ligne : <https://igas.gouv.fr/la-prise-en-compte-des-preuves-scientifiques-dans-les-actions-de-prevention-et-de-promotion-sante>
- [5] Kopp P. *Le Coût social des drogues : estimation en France en 2019*. [Note] Paris : Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), 2023 : 15 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/publication/2023/le-cout-social-des-drogues-estimation-en-france-en-2019-511>
- [6] Le Pen C., Lévy P. *L'Évaluation médico-économique : concepts et méthodes*. Rouen : Le Grand Métier, 2018 : 172 p.
- [7] Téhard B., Detournay B., Borget I., Roze S., de Pouvourville G. Value of a QALY for France: A new approach to propose acceptable reference values. *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 2020, vol. 23, n° 8 : p. 985-993. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32828226/>
- [8] Barré S., Leleu H., Benamouzig R., Saurin J.-C., Vimont A., Taleb S. *et al.* Cost-effectiveness analysis of alternative colon cancer screening strategies in the context of the French national screening program. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*, 20 septembre 2020, vol. 13 : 1756284820953364. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33014138/>