

SANTÉ : ÉVALUER LA PRÉVENTION

LAURENCE HARTMANN*
JEAN DE KERVASDOUÉ**

La santé publique n'a jamais été un point fort de la France. Les deux dernières années l'ont dramatiquement démontré. Les causes sont anciennes. En effet, il a fallu attendre 1983 pour que s'ouvre dans les facultés de médecine un internat en santé publique. La puissance de la corporation médicale a laissé s'accréditer l'idée que médecine et santé étaient des synonymes : ainsi on parle abusivement des dépenses de « santé », alors qu'à 97 %, il s'agit de dépenses médicales qui certes contribuent à la santé de la population, mais ce label conduit à ignorer que bien d'autres facteurs agissent aussi sur la santé : l'alimentation, les différentes formes de pollution, l'usage de toxiques licites ou illicites, etc. La situation française s'explique surtout par le fait que le premier financeur de ces dépenses de santé est l'assurance maladie, « maladie » donc et non pas « santé ». Ainsi, il a fallu de longues années avant qu'elle ne rembourse les vaccins : il s'agissait de guérir, pas de prévenir.

143

Une politique de santé ne peut donc pas se limiter à la seule médecine et de très nombreux phénomènes qui ont un impact sur la santé sont hors du champ médical. Il arrive que l'on puisse les prévenir, voire en limiter les conséquences délétères sur la santé.

Prévenir, prévention, tous les responsables politiques en parlent. Certains ont agi avec succès, si l'on en juge par la baisse des accidents de la route, le dépistage précoce des cancers ; dans d'autres cas toutefois, les succès sont moins flagrants, notamment aujourd'hui en matière d'alimentation, d'alcool ou de tabac.

* Maîtresse de conférences en sciences économiques, LIRSA EA4603, Conservatoire national des arts et métiers (CNAM). Contact : Laurence.hartmann@lecnam.net.

** Membre, Académie des technologies ; chroniqueur, [Le Point.fr](http://LePoint.fr) ; professeur émérite, CNAM. Contact : jean@kervasdoue.com.

Si des sommes considérables d'argent sont affectées aux soins médicaux, le ministère est pauvre et son investissement dans l'analyse des politiques publiques destinées à améliorer la santé hors du champ strictement médical est aujourd'hui limité. Certes il y eut dans les années 1970 la fameuse étude RCB (rationalisation des choix budgétaires) portant sur la lutte contre la mortalité périnatale qui eut un effet très positif sur la baisse des accidents de naissance tant pour les mères que pour les enfants. Cette époque n'eut qu'un temps. Si, dans le monde occidental, l'évaluation s'est imposée comme une exigence réglementaire, la complexité méthodologique, le temps, voire le coût des évaluations médicoéconomiques ont, en France, peu contribué à enrichir l'action du gouvernement en la matière. Pourtant les travaux scientifiques portant sur des cohortes de personnes suivies durant plusieurs décennies permettent aujourd'hui d'identifier avec précision les déterminants d'une mauvaise santé. Or il serait parfois possible d'agir sur certains de ces facteurs qui entrent dans le périmètre des dépenses de santé.

Les exemples abondent. Ainsi le dépistage de la presbycousie à partir de 60 ans est encore malheureusement non systématique. On sait aussi qu'il y a de trop nombreux recours inappropriés à l'hôpital, que l'absence d'éducation thérapeutique en matière de diabète a un impact sur la santé des malades, que le recours à la télémédecine pourrait grandement améliorer le suivi des malades chroniques. Les inégalités d'espérance de vie entre les Français selon leur revenu et leur éducation sont connues (Blanpain, 2016, 2018), ils ont pourtant tous accès aux soins médicaux. La lutte à mener est donc souvent en amont, avant qu'il ne soit trop tard.

Sans se lancer dans de longues études expérimentales, l'évaluation socioéconomique, fondée sur l'analyse coûts-bénéfices (ACB), pourrait se généraliser. Il en est déjà ainsi pour les questions environnement/santé, où il s'agit d'estimer une exposition, un risque, et de valoriser les coûts et les bénéfices relatifs de l'inaction et de l'action sur la santé des populations exposées, mais il est vrai que le ministère de l'Environnement est un ministère d'ingénieurs. Il serait également possible d'évaluer *ex ante* la pertinence ou l'opportunité de certains programmes de prévention santé. Cette voie est d'autant plus intéressante que les données épidémiologiques et de dépenses de santé se sont considérablement enrichies ces dernières décennies, conférant aux scénarios et à l'exercice de prospective plus de légitimité.

Cette proposition constitue l'objet principal de cet article. Il rappelle d'abord, dans une première partie, les difficultés de la politique de prévention en France. La deuxième partie rend compte de la normalisation des procédures institutionnelles et scientifiques pour évaluer les

stratégies de santé et expose ses conséquences. La troisième partie suggère d'ouvrir plus largement le champ de l'évaluation économique des programmes de santé à l'ACB.

*LA PRÉVENTION : THÈME PRINCIPAL DES RÉFORMES
DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS DEPUIS VINGT ANS*

Le constat du « paradoxe français »

En 2004, l'OCDE publiait un projet intitulé *Vers des systèmes de santé plus performants*, qui plaidait pour la recherche de l'efficacité des réformes à entreprendre dans les pays développés. Par-delà la réduction des gaspillages, il s'agissait d'identifier les programmes ayant un rapport coûts/résultats favorable, aussi bien à court qu'à moyen ou long terme. Le projet soulignait notamment la nécessité de développer des travaux pour établir le « rapport coûts/efficacité des investissements dans la prévention des maladies et la promotion de la santé », tout en rappelant que les pays de l'OCDE y consacraient moins de 5 % de leurs dépenses de santé. Ce projet ciblait notamment les stratégies de prévention des maladies non infectieuses, dont l'efficacité n'était pas suffisamment prouvée, faute de disponibilité et/ou de profondeur des données épidémiologiques et statistiques (OCDE, 2004)¹.

Dans le même temps, la question de la prévention devenait lancinante en France. Grâce à la collecte de plus en plus systématique de données par les systèmes de santé européens, les travaux successifs du Haut Comité de la santé publique² (HCSP, 1998, 2002) commençaient à dessiner les contours du « paradoxe français » : de bonnes performances sanitaires selon les indicateurs clés de l'époque (espérance de vie à la naissance, mortalité infantile, etc.), une couverture assurantielle relativement généreuse, une allocation de ressources conséquente pour le système de santé, mais une mortalité prématurée élevée, en lien avec les comportements (cancers, diabète, suicides, accidents de la route, etc.), des taux de couverture vaccinale (déjà) décevants, une surutilisation des services hospitaliers au détriment des soins de ville, et des inégalités de santé prononcées entre sexes, catégories socioéconomiques ou géographiques : « L'accent mis sur le développement des stratégies curatives a occulté l'importance des autres stratégies efficaces pour éviter l'apparition des problèmes de santé (...) il est du reste très vraisemblable que les inégalités sociales ou géographiques en matière d'accès à la prévention sont plus importantes qu'en matière d'accès aux soins. » (HCSP, 2002, p. 15). L'enjeu de la prévention était donc double : d'une part, réduire les pertes de chance en santé, en agissant en amont, de manière collective ou ciblée selon les classes de risque de la population ; d'autre part, considérer la prévention comme une opportunité de corriger et de réduire les inégalités sociales de santé,

pour peu que l'on prenne en compte les dimensions spécifiques de la précarisation (absence d'intérêt vis-à-vis de la santé, comportements différés d'accès aux soins, formation inadaptée des offreurs de soins, faible observance, etc.). En tout état de cause, comme l'OCDE (2004), le HCSP suggérait de s'atteler aux problèmes de santé évitables, pour lesquels l'action publique serait potentiellement bénéfique, et donc de conduire « des études d'impact santé avant toute décision publique, comme cela existe en matière d'environnement (...). Une telle procédure, outre ses aspects positifs sur les décisions prises, conduirait à une perception plus complète et mieux partagée socialement du rôle des différents déterminants de la santé » (HCSP, 2002, p. 23).

Au cours de cette même période, des travaux furent entrepris par le ministère de la Santé (DREES, 2003, 2006), qui signalaient alors les difficultés méthodologiques pour isoler, dans les comptes de la santé, les soins préventifs des soins curatifs. La prévention dite « institutionnelle » était repérable dans les agrégats macroéconomiques (avec d'ailleurs un niveau stable jusqu'à aujourd'hui, de l'ordre de 2 % à 3 % de la dépense courante de santé (DCS)). Après analyse par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) des actes et des soins préventifs réalisés en pratique quotidienne par les professionnels de santé, l'estimation de l'effort total de prévention fut portée à 6 % voire 8 % de la DCS³. Ces travaux tentaient de désamorcer les critiques et de nuancer l'image que donnait en la matière l'Hexagone. Depuis lors, les systèmes de santé nordiques ont souvent été invoqués comme modèles (Lefebvre, 2003 ; Acker, 2020) et c'est dans ce contexte que les réformes et les politiques de santé qui se sont succédé depuis une vingtaine d'années en France ont tenté de donner toute sa place à la prévention.

Une dynamique lente des réformes conduites en deux décennies pour promouvoir la prévention

La prévention a donc occupé une place grandissante dans les plans santé entrepris, voire mis au goût du jour depuis le début des années 2000. Elle est aussi devenue une dimension importante des missions des agences sanitaires parfois créées à cet effet (par exemple, l'INPES – Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – en 2002), puis consolidées, fusionnées ou encore recrées (comme Santé publique France en 2016). Ce fut donc l'un des objectifs principaux des réformes du système de santé depuis vingt ans.

Ainsi, depuis 2003, trois Plans cancers se sont succédé, désormais suivis d'une Stratégie décennale de lutte contre les cancers ; le quatrième Programme national nutrition santé (PNNS) est actuellement lancé (le premier l'était en 2001), de même que le quatrième Plan

national santé environnement (PNSE). Depuis 2016, Santé publique France est, en la matière, l'acteur principal. On a pu le constater depuis le début de l'épidémie.

Au plan réglementaire, la Loi hôpital, patients, santé, territoires de 2009 a pour titre 3 « Prévention et santé publique » ; la Loi de modernisation du système de santé de 2016 consacre son axe 1 à la prévention, enfin la Loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé en 2019 (et son articulation avec le Plan priorité prévention 2018-2022 : « Rester en bonne santé tout au long de sa vie »). Sont à cette occasion apparus les thèmes des addictions, du rôle de l'environnement et des liens santé/travail⁴. La prévention est donc abondamment invoquée !

S'il est évident que prévention et soins curatifs s'imbriquent, son champ envahit aussi l'espace public, qu'il s'agisse d'épandage de produits phytosanitaires, de code couleur sur les produits alimentaires, de perturbateurs endocriniens, de pollution sonore ou atmosphérique, etc. C'est d'ailleurs cette dimension qui est affichée par la création en 2018 d'un Comité interministériel pour la santé. Il a pour but de mettre en œuvre l'un des axes de la Stratégie nationale de santé et notamment le récent Plan national de santé publique « La prévention contre les inégalités de santé ». Cet intitulé souligne l'efficacité très relative des politiques menées pour limiter la mortalité prématurée, par exemple liée au tabac et à l'alcool⁵, comme celles, plus générales, de réduire les inégalités de santé grâce à la prévention (Porcherie *et al.*, 2018).

Il faut d'ailleurs remarquer que, contrairement aux recommandations de l'OCDE (2004) et surtout du HCSP (2002, cf. *supra*), il n'y a pas eu en France d'études d'impact et de scénarios *ex ante* en matière de prévention. Quand elles ont lieu, les méthodes d'évaluation reposent davantage sur des analyses *ex post* (y compris à travers des expérimentations), et sont le plus souvent circonscrites à des préoccupations d'efficacité technique (autrement dit un jugement sur l'efficience des programmes).

CONCRÉTISER LA POLITIQUE DE PRÉVENTION EN FRANCE : L'URGENCE ET LA PATIENCE

La normalisation des procédures institutionnelles et scientifiques d'évaluation

De cette brève rétrospective, un constat ressort avec évidence : la prévention ne se décrète pas. Si l'environnement législatif et institutionnel est une condition nécessaire, elle n'est pas suffisante. Les causes de ce retard sont nombreuses.

Tout d'abord les politiques nationales ne se traduisent pas localement ou bien avec décalage ou encore de manière différenciée (Affentranger *et al.*, 2018 ; Porcherie *et al.*, 2018) ; les usagers ne suivent pas assidûment les programmes qui leur sont proposés (voir, par exemple, Lesueur, 2020) ; les incitations financières et non financières ne sont pas toujours adaptées ou suffisantes pour mobiliser les professionnels de santé (Franc et Lesur, 2004 ; Sicsic et Franc, 2019).

Rappelons aussi qu'en matière de santé les données statistiques et épidémiologiques se sont développées et que la médecine fondée sur les preuves (*evidence-based medicine*) est devenue la règle internationale. C'est notamment le cas en France depuis la Loi organique relative aux lois de finances (LOLF) de 2001, la création de la Haute Autorité de santé (HAS), autorité indépendante, en 2004, la Loi organique relative aux lois de finances sur la Sécurité sociale (LOLFSS) en 2005 ou encore le décret de 2012 relatif à l'obligation d'évaluation de l'efficacité des innovations en santé. Les évaluations se sont donc multipliées grâce aux financements publics tels que, par exemple, les PRME ou les PREPS⁶ de la Direction générale de l'offre de soins, ou à des financeurs désirant faire évaluer des stratégies de santé et/ou les innovations.

148

L'exigence croissante d'évaluation s'est assortie progressivement de procédures, voire de protocoles. Ils sont indispensables pour asseoir toute politique. Toutefois, comme nous l'avons déjà souligné, ils prennent du temps et sont coûteux.

Ainsi, la HAS a publié en 2011 un référentiel, révisé en 2020, pour faire connaître la méthodologie attendue des évaluations médicoéconomiques. Elle y préconise le recours à l'analyse coût-efficacité (ACE) ou l'analyse coût-utilité (ACU) pour tous les programmes de santé qu'ils soient préventifs ou curatifs⁷. Elles impliquent notamment la mesure de résultats par des indicateurs de morbidité, de mortalité ou de qualité de vie. Elles recommandent également de collecter des données de coût pour établir un ratio différentiel coût/résultat entre la stratégie proposée et son comparateur (HAS, 2020). Il peut s'y ajouter une analyse d'impact budgétaire afin d'estimer le poids des programmes dans le financement public.

S'il s'agit de produits ou de techniques remboursables, l'avis de la HAS est requis ; il se limitera à en juger l'efficacité (ou efficacité technique) dans le cadre de la doctrine qu'elle a formalisée (Robelet *et al.*, 2018). La question financière du tarif sera traitée plus tard, lors d'une étape impliquant une nouvelle instance.

Tout cela suppose l'accès aux très riches données de l'assurance maladie et celles de l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) accessibles et exploitables via le Health Data Hub et

le Système national des données de santé (SNDS). Il existe également des cohortes créées depuis parfois plusieurs décennies et qui livrent progressivement un panorama français des déterminants de santé (Gazel, Paquid, Constances, etc.). Toutefois, en dépit du discours officiel, elles ne sont pas accessibles à tous les acteurs (les industriels n'y ont pas accès) et, pour les autres, les délais d'approbation sont longs et le champ d'investigations possibles est très limité.

Depuis la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018, grâce à son article 51, il est possible de tester localement des financements originaux et de nouvelles formes d'organisation des soins qui, à juste titre, doivent être évalués. Il est encore trop tôt pour connaître le bilan des premiers projets qui ne sont établis que trois ans après le démarrage.

Pour être exhaustif, il y a aussi les travaux de recherche qui, pour être publiés dans les revues à comité de lecture, privilégient les méthodes et les statistiques les plus rigoureuses, ce qui, en la matière, sont les méthodes expérimentales ou, quand elles ne sont pas possibles, les méthodes quasi expérimentales, les délais s'allongent encore⁸. Peu d'équipes françaises trouvent un financement permettant de mener à bien de tels travaux. Par ailleurs, il s'agit surtout d'évaluer des produits ou des techniques marchandes. Elles ne le sont pas toutes. De surcroît, souvent, les techniques existent bel et bien, c'est leur usage qui fait défaut. Comme le montrent les deux exemples suivants.

149

Le recours à des évaluations locales pour faire valoir la prévention santé : deux exemples

L'éducation des patients diabétiques

En 2004, un médecin des Deux-Sèvres, le docteur Jean Gautier, après avoir constaté la difficulté de ses patients diabétiques d'équilibrer correctement la maladie, réussit à convaincre l'assurance maladie (CNAMTS) de rémunérer annuellement, à temps plein, une infirmière pour l'éducation et le suivi de ses patients diabétiques. En effet, avec le niveau de tarif des consultations, il ne pouvait pas consacrer lui-même le temps nécessaire et il savait que les infirmières formées à cet effet en auraient les capacités. Il fut suivi par quelques confrères et eut suffisamment de patients et d'années de recul pour pouvoir évaluer les bienfaits médicaux et économiques de cette méthode, connue sous le nom d'Asalée (Action de santé libérale en équipe). Une première étude (de type évaluation *ex post*) fut confiée d'abord à une équipe de l'Irdes (Bourgueil *et al.*, 2008), puis une autre à une équipe du Cnam (de Kervasdoué *et al.*, 2012), qui purent comparer sur deux périodes différentes la cohorte des malades Asalée à des malades « comparables », tout aussi diabétiques notamment, n'ayant pas eu la chance de bénéficier de ce suivi⁹. Les résultats sont parlants : oui cela vaut la peine

médicalement mais aussi économiquement car les hospitalisations sont ainsi fortement réduites. Depuis, l'expérience continue, elle s'est diffusée nationalement malgré la naissance d'un autre programme (Sophia, développé par l'assurance maladie et accessible à distance par téléphone et Internet), mais n'est malheureusement pas encore généralisée à tous les cabinets : pourtant l'avantage d'Asalée est de toucher toutes les catégories de patients par la présence physique, au cabinet même du médecin, d'un infirmier de santé publique.

La perte auditive et ses conséquences

La perte auditive est considérée depuis de nombreuses années comme un problème majeur de santé publique dans la littérature scientifique et par les agences internationales de santé (voir, par exemple, Shield, 2006). Après la vision, il s'agit de la déficience sensorielle la plus fréquente, entraînant une grande dégradation de la qualité de vie. Elle est associée à des coûts économiques et sociétaux importants. La perte d'audition entraîne une baisse de la communication et de l'interaction humaine, cela a un impact cognitif et psychologique. Ces effets sont connus depuis longtemps, notamment après les travaux de Shield (2006), mais ils étaient déjà bien documentés en 1979.

150

Il existe un lien causal fort entre la perte auditive, la dégradation de l'état de santé et l'arrivée précoce de la dépendance (Amieva *et al.*, 2018 ; Livingston *et al.*, 2020 ; Mukadam *et al.*, 2020). Par ailleurs, cela s'accompagne d'un recours croissant aux soins et donc, en l'absence de compensation auditive, accroît les dépenses de soins médicaux (Wells *et al.*, 2019 ; Thai et Megwalu, 2021). Il fallait donc permettre une meilleure couverture assurantielle de la compensation auditive pour éviter le renoncement aux soins et diminuer les conséquences du déficit auditif : les travaux – lancés par les professionnels de santé, par l'OMS ou encore par les associations de patients atteints de surdité – ont largement recouru à l'évaluation socioéconomique *ex ante* pour donner des ordres de grandeur de ce que coûterait l'appareillage subventionné *versus* le coût de l'inaction (de Kervasdoué et Hartmann, 2016¹⁰ ; Brent, 2019 ; World Health Organization, 2015, 2021). Tous les scénarios convergeaient vers une évidente suprématie de la stratégie du subventionnement, compte tenu des données médicales et économiques disponibles. En France, la mise en œuvre du 100 % santé pour la compensation auditive est venue tardivement (entre 2019 et 2021) car en 2015, dans les six millions de Français déficients auditifs, trois millions étaient appareillables et seulement deux millions appareillés pour des raisons financières.

Ces deux exemples sont emblématiques des failles en matière de politique de prévention : dans chaque cas de figure, environ trois millions de Français sont directement concernés, mais n'accèdent que très récemment à des programmes de prévention dont l'enjeu est pourtant considérable. Ces exemples plaident pour un recours autonome par des acteurs du système de santé – offreurs et/ou consommateurs de soins – pour permettre des évaluations « locales » de leurs dispositifs. Malheureusement, même financées, les chances d'essai restent minces : l'échelon local attend tout de Paris et s'en plaint.

Globalement, à ce stade et comme l'a souligné la Cour des comptes dans le cas de la télémédecine, les bienfaits de certaines techniques auraient dû depuis longtemps être évalués et l'éventuel déploiement de ces outils favorisés si les résultats étaient positifs (Cour des comptes, 2017)¹¹. Cette remarque est d'ailleurs de portée plus générale car, en la matière, la France n'est pas seule et les analyses des bénéfices éventuels des outils de prévention sont mondiales. Aussi beaucoup d'entre elles pourraient être mises en œuvre en France après un simple chiffrage, mais cela supposerait que le ministère ait en son sein des équipes dédiées et ouvertes sur la communauté internationale et que les gouvernants aient la volonté de les mettre en œuvre.

L'épidémie de Covid-19 permet de remarquer l'excellence des équipes anglaises, abondamment financées depuis des décennies par le National Health Service (NHS) et ayant facilement accès aux données nationales. Ce n'est pas le cas de la France dont les travaux en la matière ont eu très peu de retentissement international. On ne fait pas de telles études sans équipes formées et soutenues financièrement par les pouvoirs publics. Elles sont en France très peu nombreuses, or il n'y a pas de génération spontanée en la matière non plus. De surcroît, remarquons que le recours onéreux aux grandes sociétés de conseil n'est probablement pas la manière la plus sage de bâtir une expertise durable et nationale en la matière.

151

*ESTIMER LES BÉNÉFICES POTENTIELS DE LA PRÉVENTION
PAR L'ÉVALUATION SOCIOÉCONOMIQUE :
UN EFFET DE LEVIER POUR LES RÉFORMES
DU SYSTÈME DE SANTÉ*

Une méthode encore peu exploitée dans le secteur santé : l'ACB

Il serait possible d'appliquer, dans le seul périmètre des soins et de biens médicaux, une évaluation des mesures de prévention fondée sur l'ACB ou évaluation socioéconomique, comme cela se pratique dans le domaine environnement-santé. Par exemple ont été récemment publiées une étude portant sur les conséquences socioéconomiques des

épisodes caniculaires en France métropolitaine par Adélaïde *et al.* (2021) ou encore une autre sur le coût social du bruit en France (Ademe *et al.*, 2021). Ce champ de recherches fait l'objet d'une littérature abondante qui dépasse l'objet du présent article¹².

La méthode ACB est nettement moins exploitée lorsqu'il s'agit d'estimer les effets sur la santé de l'action (ou de l'inaction) relevant justement du secteur de la santé *stricto sensu*¹³ : l'évaluation des projets se fonde en général sur une ACE (coût par année de vie gagnée) ou ACU (coût par année de vie gagnée en bonne santé), conformément aux recommandations de la HAS pour procéder à une analyse de l'efficacité d'un programme (ou encore de son efficacité technique). Dans ses recommandations méthodologiques, la HAS décourage d'ailleurs le recours à l'ACB¹⁴ car les programmes évalués par cette méthode-ci relèvent plus de choix politiques que d'arbitrages purement techniques. D'autres méthodes d'évaluation, à géométrie variable, sont également appliquées aux programmes de santé, qui s'inspirent plutôt des principes de la « modernisation de l'action publique », avec une approche très pragmatique, c'est-à-dire une démarche qualitative et située des terrains (par exemple, dans le cadre des expérimentations article 51 ou des projets de télémédecine assortis d'une matrice d'évaluation « HAS »).

152

Rappelons que la méthode ACB s'efforce de comparer les bénéfices (augmentations du bien-être humain) aux coûts (réductions de ce bien-être) d'un programme, à l'échelle de la nation en général. Elle fournit ainsi aux décideurs un critère de choix des politiques, en fonction des objectifs estimés comme prioritaires, et permet donc de classer les options possibles en fonction de leur « rendement ». Si la méthode existe depuis des décennies dans la panoplie de l'économiste, les avancées récentes au niveau théorique, les travaux institutionnels publics et la richesse des données statistiques ouvrent des horizons nouveaux pour procéder à des évaluations *ex ante* des programmes ayant un impact sur la santé.

*Évaluer la prévention : la pertinence de l'ACB
ou comment concilier la recherche de l'efficacité technique
et de l'efficacité sociale*

Par définition, l'ACB adopte une perspective sociétale puisqu'elle consiste à tenter de maximiser l'utilité sociale et le rendement global sur investissement. Son intérêt ici est qu'elle englobe deux objectifs : l'efficacité technique, c'est-à-dire la minimisation du coût à résultat donné ou la maximisation du résultat à coût donné ; l'efficacité sociale ou efficacité potentielle au sens de Pareto, c'est-à-dire la maximisation de la valeur totale des produits où les gains des bénéficiaires dépassent

les pertes des autres, ce qui revêt une forme de compensation pour les perdants¹⁵. Cette approche est donc particulièrement adaptée aux techniques de prévention pour lesquelles les inégalités sociales de santé sont marquées, par exemple pour des problèmes d'information comme dans l'exemple d'Asalée ou de solvabilité comme dans le cas des appareils auditifs.

Avant d'entreprendre une démarche d'évaluation d'un programme de prévention, il convient donc de préciser ce qui est visé : soit une approche un peu étriquée, qui consisterait à se focaliser uniquement sur l'efficacité technique du programme, soit une perspective distributive plus large, qui serait centrée sur son efficacité technique et sociale. Comme indiqué précédemment, l'ACB réconcilie les deux objectifs : au-delà de la possibilité d'une action de prévention (condition d'efficacité technique), les pouvoirs publics doivent tenir compte de la façon dont les bénéfices de la prévention sont répartis en fonction des caractéristiques socioéconomiques des usagers qui y accèdent ou qui y renoncent. En d'autres termes, les options retenues peuvent coûter parfois un peu plus cher à la collectivité s'il s'agit d'élargir la cible du programme de prévention aux populations plus vulnérables ou plus précaires : par exemple, accepter de subventionner l'effort supplémentaire du professionnel de santé pour partager l'information thérapeutique avec cette cible de population ou bien financer collectivement la hausse d'un niveau de remboursement pour faciliter l'accès aux biens et aux services médicaux à ceux qui y renoncent pour raison financière. Cela vaudra sans doute la peine de sacrifier plus de ressources pour les programmes, dès lors qu'ils deviennent des instruments de correction des inégalités inacceptables, et qu'ils génèrent ainsi des gains en qualité de vie et en durée de vie pour les plus défavorisés : dans tous les cas, un exercice préalable d'évaluation socioéconomique sera un outil d'aide à la décision d'une grande utilité pour éclairer ces arbitrages, sans qu'il soit forcément nécessaire d'attendre les prochaines décennies pour sortir du « paradoxe français ».

153

CONCLUSION

La question de la prévention et des inégalités sociales de santé ne peut évidemment pas être déconnectée du rôle de l'assurance maladie obligatoire, puissant instrument de redistribution des richesses. L'évaluation des programmes de prévention ne se réduit donc pas à de « simples » questions d'efficacité technique, mais intègre aussi l'efficacité sociale des programmes, car ces programmes recherchent en principe à la fois l'efficacité et l'équité. L'ACB le permet et bien plus qu'il y a vingt ans, elle peut être mobilisée pour valoriser les bénéfices des programmes et réaliser des arbitrages éclairés.

Les travaux sur le bénéfice de la compensation auditive ont débouché en France sur une réforme de son subventionnement par les assurances maladie obligatoire et les complémentaires. Les aides auditives se généralisent enfin comme en témoignent les données mensuelles de dépenses de l'assurance maladie en 2020 et 2021, et cela malgré le choc de la Covid-19. Cet accès se traduira à la longue dans les données épidémiologiques des cohortes.

Il convient toutefois de produire des évaluations à faible distance du dispositif, *in itinere*, quitte à réviser les règles de financement selon l'efficacité constatée. En effet, la condition du « toutes choses égales par ailleurs » dans les travaux scientifiques et donc de l'ACB devient au cours du temps de moins en moins réaliste. Ainsi, par exemple, l'amélioration du financement d'un bien ou d'un service préventif peut engendrer une moindre observance de la part des usagers et une course à l'activité de la part des offreurs. C'est évidemment une limite de toute prospective, que l'on peut cependant pallier en élaborant des scénarios sur les comportements.

L'utilité de ces méthodes n'est plus à prouver. Toutefois elles sont très peu utilisées en France faute peut-être de volonté politique, mais aussi faute d'expertise et de financement quand il ne s'agit pas de biens ou de services ayant un marché solvable. Il en est ainsi notamment de tout ce qui touche à l'éducation pour la santé ou aux effets-revenus dans l'accès aux soins.

NOTES

1. Cf. notamment la page 104, « Compte tenu de ces délais et de l'importance des groupes de population sur lesquels il faut intervenir, il n'y a aucune certitude que le rapport coût/efficacité des investissements consacrés à la prévention soit meilleur que celui des soins curatifs extérieurs. Des travaux supplémentaires seront nécessaires pour avoir une idée de ce que devrait être l'intervention publique dans ce domaine ».
2. Devenu, à partir de 2004, le Haut Conseil de la santé publique dans les textes et en 2007 dans les faits par décret.
3. La DREES (2003) l'estimait à 7,5 % en intégrant dans le périmètre la prévention individuelle des maladies dans les pratiques professionnelles, le traitement des facteurs de risque et le traitement de la procréation et de la ménopause, puis un nouveau groupe de travail (DREES, 2006) l'a évalué à 6,4 % : ce dernier distingue trois catégories de soins : les mesures collectives et individuelles pour les bien-portants, les dépistages, la prise en charge des facteurs de risque et la surveillance des formes précoces de maladie.
4. Le site internet du ministère de la Santé donne un aperçu de ces thématiques transversales sous l'onglet « prévention », cf. <https://solidarites-sante.gouv.fr/>.
5. Pour les données comparatives, voir, par exemple, OCDE (2019) : la France se situe en 6^e place sur 36 pays en termes de consommation de tabac par les adultes (25,4 %) et en 3^e place pour la consommation d'alcool (11,7 litres d'alcool pur par an). Notons aussi que le diagnostic du « paradoxe français » posé par le HCSP en 2002 est évoqué pour caractériser la situation actuelle, dans le discours sur la transformation du système de santé « Prendre soin de chacun » de Emmanuel Macron, le 18 septembre 2018, ce qui contribue à renforcer l'image d'un maigre bilan des deux dernières décennies.

6. Programmes de recherche médicoéconomique (PRME) ou Programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS). En 2018, trente PREPS ont été financés pour un montant moyen par projet de 548 000 euros et huit PRME d'une allocation moyenne de 470 000 euros. Une petite partie de ces projets concerne directement des programmes de prévention, avec évaluation d'impact.

7. D'autres guides ont été produits par la HAS, comme, par exemple, le cadre de l'évaluation de la télémédecine.

8. Par exemple, dans un projet de recherche financé sur fonds publics (PREPS, PRME, ANR, ANRS, etc.), l'évaluation peut se dérouler classiquement pendant deux ou trois ans dans le cadre d'une méthode prospective, soit trois ou quatre ans pour produire des résultats validés.

9. Une évaluation quantitative, qualitative et compréhensive, de grande ampleur, de la coopération médecins généralistes/infirmiers Asalée – dénommée Daphnée – s'est déroulée de 2015 à 2019 et a été conduite par les chercheurs de l'Irdes (cf. www.irdes.fr). Cela fait donc quinze ans que le programme existe et treize ans qu'il fait l'objet d'évaluations régulières sous des prismes différents.

10. Cette étude a été financée par le syndicat des audioprothésistes et donc pas par le ministère de la Santé.

11. La Cour déplore, par exemple, que « quelque vingt-cinq années après la première expérimentation, la télémédecine demeure en France une pratique marginale. Les pouvoirs publics n'ont pas élaboré de stratégie unifiée, cohérente et continue pour en assurer le développement. Leur action dispersée et velléitaire a manqué de constance tant dans ses objectifs que dans ses méthodes. La faiblesse des résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus, quand ils ont pu même être évalués, en est la conséquence » (p. 328).

12. Voir, par exemple, Commissariat général à la stratégie et à la prospective (2013) ou OCDE (2019).

13. Urgence obligeant, une telle estimation liée à la Covid-19 a été réalisée en 2020. Il s'agissait d'estimer l'impact socioéconomique du confinement durant deux mois en France lors de la première vague de l'épidémie : il aurait sauvé environ 300 000 vies équivalentes, soit une valeur monétaire de 900 Md€, tandis que la perte de richesse était évaluée à environ 250 Md€ (Gollier et Straub, 2020).

14. Notons que la HAS ne requiert que des travaux portant sur l'efficacité purement technique des programmes (ACE et ACU) pour lesquels les compétences peuvent être assez facilement déléguées hors de la communauté des économistes, ce qui ne serait pas nécessairement le cas pour l'ACB. De plus, ayant déjà fait le choix de ne pas retenir un seuil explicite de disposition à payer pour une année de vie supplémentaire, il semble encore délicat pour l'institution (comme pour une partie de la communauté médicale) d'assigner à l'heure actuelle une valeur monétaire à la vie humaine.

15. *"This is the corner-stone of the cost benefit approach in that its aim is to identify projects that satisfy this criterion, as an aid to decision-making. A project would satisfy the potential Pareto improvement criterion if it could make at least one person better off and no one worse off, if the losers were to be compensated from the beneficiaries' gains"* (p. 77). Les auteurs soulignent qu'il est rare que l'efficacité allocative au sens de Pareto soit assurée dans les programmes publics (c'est-à-dire la non-détérioration de la situation des uns par les autres), ce qui conduit à réaliser des arbitrages au titre de l'efficacité sociale, qui introduit implicitement ou explicitement un critère d'équité. Les perdants sont ceux qui seront davantage mis à contribution à travers la taxation publique pour financer les soins ou bien ceux qui produisent des biens et des services qui sortiront du panier, les gagnants seront ceux qui bénéficieront d'une redistribution en nature plus généreuse des soins (et qui cumulent souvent les facteurs de risque de mauvaise santé).

BIBLIOGRAPHIE

ACKER D. (2020), « L'organisation des soins primaires dans les pays nordiques », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, pp. 313-323.

ADÉLAÏDE L., CHANEL O. et PASCAL M. (2021), « Évaluation monétaire des effets sanitaires des canicules en France métropolitaine entre 2015 et 2020 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire.*, n° 12, pp. 215-23.

ADEME, I CARE & CONSULT, ENERGIES DEMAIN, DOUILLET M., SIPOS G., DELUGIN L., BULLIOT B., REMONTET L. et BIDAULT E. (2021), *Coût social du bruit et analyse de mesures d'évitement simultané du bruit et de la pollution de l'air*, juin, 70 p.

AFFELTRANGER B., POTVIN L., FERRON C., VANDEWALLE H. et VALLÉE A. (2018), « Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ? », *Santé Publique*, S1(HS1), pp. 13-24.

AMIEVA H., OUVRARD C., MEILLON C., RULLIER L. et DARTIGUES J.-F. (2018), « Death, Depression, Disability and Dementia Associated With Self-reported Hearing Problems: a 25-Year Study », *The Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. 73, n° 10, pp. 1383-1389.

BLANPAIN N. (2016), « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers », *Insee première*, n° 1584, février, 4 p.

BLANPAIN N. (2018), « L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes », *Insee première*, n° 1687, février, 4 p.

BOURGUEIL Y., FUR P. L., MOUSQUÈS J. et YILMAZ E. (2008), *La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE*, 8 p.

BRENT R. J. (2019), « A Cost-Benefit Analysis of Hearing Aids, Including the Benefits of Reducing the Symptoms of Dementia », *Applied Economics*, vol. 51, n° 28, pp. 3091-3103.

COMMISSARIAT GÉNÉRAL À LA STRATÉGIE ET À LA PROSPECTIVE (2013), *L'évaluation socioéconomique des investissements publics*, Rapport de mission présidée par Émile Quinet, 351 p.

COUR DES COMPTES (2017), *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale*, Chapitre 7, pp. 297-330.

DE KERVASDOUÉ J. et HARTMANN L. (2016), *Impact économique du déficit auditif en France et dans les pays développés*, Rapport Unsaf/Syneac/CNA, 98 p., <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02109492>.

DE KERVASDOUÉ J., HARTMANN L. et MACÉ J.-M. (2012), « Une évaluation efficiente d'un dispositif d'éducation thérapeutique : le suivi des patients atteints de diabète de type 2 dans le cadre du dispositif ASALEE », *Document de travail*.

156

DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) (2003), « Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé. Une approche exploratoire », *Bulletin d'information en économie de la santé*, n° 247, juillet, 8 p.

DREES (2006), « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France », *Études et résultats*, n° 504, juillet, 8 p.

FRANC C. et LESUR R. (2004), « Systèmes de rémunération des médecins et incitations à la prévention », *Revue économique*, vol. 55, n° 5, pp. 901-922.

GOLLIER C. et STRAUB S. (2020), « Coronavirus and the Value of Human Life », *Toulouse School of Economics Mag*, vol. 20, pp. 8-33.

GOMAN A. M. et LIN F. R. (2018), « Hearing Loss in Older Adults. From Epidemiological Insights to National Initiatives », *Hearing Research*, vol. 369, pp. 29-32.

HAS (Haute Autorité de santé) (2020), *Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS*, Rapport, juillet, 118 p.

HCSP (Haut Comité de la santé publique) (1998), *La santé en France, 1994-1998*, La documentation française, 310 p.

HCSP (2002), *La santé en France, 2002. Avis sur les orientations stratégiques*, juillet, 34 p.

LEFEBVRE A. (2003), « Peut-on tirer des enseignements du modèle nordique ? », *Revue française des affaires sociales*, vol. 4, pp. 177-186.

LESUEUR J.-Y. (2020), « L'adhésion des assurés aux programmes de prévention santé : quels facteurs explicatifs ? », *Revue française d'économie*, vol. 35, n° 4, pp. 59-108.

LIVINGSTON G., HUNTLEY J., SOMMERLAD A., AMES D., BALLARD C., BANERJEE S. *et al.* (2020), « Dementia Prevention, Intervention and Care: 2020 Report of the Lancet Commission », *The Lancet*, vol. 396, n° 10248, pp. 413-446.

MEURISSE B., DERVAUX B., ROCHAIX L. *et al.* (2022), « L'évaluation socioéconomique des bénéfices et coûts de santé des projets d'investissement publics et des politiques publiques », *France stratégie*, ministère de la Transition écologique, secrétariat général pour l'investissement, à paraître.

- MUKADAM N., ANDERSON R., KNAPP M., WITTENBERG R., KARAGIANNIDOU M., COSTAFREDA S. G., TUTTON M., ALESSI C. et LIVINGSTON G. (2020), « Effective Interventions for Potentially Modifiable Risk Factors for Late-Onset Dementia: a Costs and Cost-Effectiveness Modelling Study », *The Lancet Healthy Longevity*, vol. 1, n° 1, pp. e13-e20.
- MURRAY C. J. L., ABBAFATI C., ABBAS K. M., *et al.* (2020), « Five Insights from the Global Burden of Disease Study 2019 », *The Lancet*, vol. 396, n° 10258, pp. 135-1159.
- OCDE (2004), *Vers des systèmes de santé plus performants*, <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264016484-fr>.
- OCDE (2019), *Panorama de la santé 2019 : les indicateurs de l'OCDE*.
- PORCHERIE M., BIHAN-YOUIYOU B. L. et POMMIER J. (2018), « Les évolutions des modes d'action pour agir sur les inégalités sociales de santé dans les recommandations politiques à l'international et en France », *Santé Publique*, vol. S1, n° HS1, pp. 33-46.
- ROBELET M., BENAMOUIZIG D. et MINONZIO J. (2018), « Des savoirs économiques au prix du médicament. La trajectoire bureaucratique des avis d'efficacité en France », *Revue française des affaires sociales*, vol. 3, pp. 161-180.
- SHIELD B. (2006), *Evaluation of the Social and Economic Costs of Hearing Impairment. A report for Hear-It*.
- SICSIC J. et FRANC C. (2019), « Préférences des médecins généralistes vis-à-vis des mesures incitatives associées aux dépistages des cancers », *Santé Publique*, vol. S2, n° HS2, pp. 33-41.
- THAI A. et MEGWALU U. C. (2021), « Association of Self-Reported Hearing Loss Severity and Healthcare Utilization Outcomes Among Medicare Beneficiaries », *American Journal of Otolaryngology*, vol. 42, n° 4, p. 102943.
- WELLS T. S., WU L., BHATTARAI G. R., NICKELS L. D., RUSH S. R. et YEH C. S. (2019), « Self-Reported Hearing Loss in Older Adults Is Associated with Higher Emergency Department Visits and Medical Costs », *The Journal of Health Care Organization, Provision and Financing*, vol. 56, 0046958019896907.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015), *WHO Global Disability Action Plan 2014-2021: Better Health for all People with Disability*.

