

# Comment évaluer l'efficacité économique de la prévention ?

**Roland Cash, Nathalie Fourcade**

DANS **REGARDS** 2023/1 (N° 61), PAGES 31 À 42

ÉDITIONS **EN3S-ÉCOLE NATIONALE SUPÉRIEURE DE SÉCURITÉ SOCIALE**

ISSN 0988-6982

DOI 10.3917/regar.061.0031

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-regards-2023-1-page-31.htm>



**CAIRN.INFO**  
MATIÈRES À RÉFLEXION



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

**Distribution électronique Cairn.info pour EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale.**

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Comment évaluer l'efficacité économique de la prévention ?

Par **Roland Cash**, Conseiller scientifique au HCAAM et **Nathalie Fourcade**, Secrétaire générale du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et Inspectrice générale de l'INSEE



Roland Cash est médecin, normalien, consultant en économie de la santé et santé publique, conseiller scientifique au HCAAM. Il a été responsable scientifique de la mission Tarification à l'activité au ministère de la Santé de 2003 à 2010, et membre de la commission d'évaluation économique et de santé publique à la HAS de 2007 à 2011



Secrétaire générale du HCAAM et Inspectrice générale de l'INSEE, Nathalie Fourcade a été Harkness Fellow du Commonwealth Fund à l'Université de Columbia (New-York) et sous-directrice de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, après avoir travaillé sur les politiques sociales et les politiques macro-économiques à la Caisse nationale d'allocation familiales (Cnaf), à la Direction générale du Trésor et à l'INSEE.

## Résumé

La prévention agit sur les déterminants de santé. Son champ et celui de ses impacts sont potentiellement extrêmement vastes, et l'horizon temporel de son action souvent lointain. Ceci rend d'autant plus nécessaire, pour une bonne allocation des dépenses publiques, son évaluation économique. Parmi les actions, préventives ou curatives, ayant un bon rapport coût/bénéfice de santé, beaucoup relèvent d'actions de prévention collectives et hors du système de soins, en particulier les taxes comportementales et les réglementations sur l'alimentation et l'environnement. Des actions préventives dans le champ sanitaire sont également efficaces : conseils pour l'arrêt du tabac, certaines vaccinations ou campagnes de dépistage... Les co-bénéfices des interventions en matière de santé humaine, animale et des écosystèmes renouvellent aujourd'hui l'approche des politiques de prévention. La recherche et l'évaluation dans ces domaines doivent être développées.

L'organisation mondiale de la santé (OMS), « reconnaissant que 86 % de l'ensemble des décès et que 77 % de la charge de morbidité sont imputables aux maladies non transmissibles dans la Région européenne » et que la charge de ces maladies peut être nettement réduite par la prévention, recommandait en 2006 « de considérer la prévention tout le long de l'existence de l'individu comme un investissement efficace exerçant un impact majeur sur le développement social et économique de la société, et de réaffecter les ressources en conséquence »<sup>1</sup>.

Cet article présente une analyse critique des raisonnements, travaux d'évaluation et de recherche qui sous-tendent ces recommandations.

Il montre que le champ de la prévention et celui de ses impacts sont potentiellement extrêmement vastes, et l'horizon temporel de son action souvent lointain (1), rendant d'autant plus nécessaire, pour une bonne allocation des dépenses publiques, son évaluation économique (2). Si la question des méthodes pour mener ces évaluations soulève des enjeux à la fois techniques, éthiques et politiques (3), les résultats publiés au plan international sont nombreux et permettent d'identifier les actions efficaces et efficientes (4). Toutefois, sur des sujets importants, des questions demeurent sur le choix des actions à mener (5) et sur les leviers de développement de ces approches (6).

## I- LA PRÉVENTION EST UN CONCEPT MULTIFORME

La prévention regroupe l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. La classification classique distingue : la prévention primaire, visant à diminuer l'incidence de ces problèmes dans une population (vaccination, prévention des conduites individuelles à risque, prévention des risques environnementaux et sociétaux...); la prévention secondaire, qui cherche à stopper ou retarder l'évolution d'une maladie et qui recouvre les actions en tout début d'apparition comme les dépistages organisés; la prévention tertiaire, qui intervient après la survenue de la maladie, où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques, complications, ou rechutes liées à cette maladie ou son traitement.

Cette classification peut rencontrer des zones de chevauchement, et se décline parfois de façon différente selon les affections<sup>2</sup>. Par exemple, la lutte contre le tabagisme relève de la prévention primaire quand elle s'adresse à des personnes en bonne santé, de la prévention secondaire chez les personnes asymptomatiques mais présentant des altérations précancéreuses des cellules des crachats, et de la prévention tertiaire chez les patients atteints d'angine de poitrine. Par ailleurs, la frontière entre la prévention tertiaire et le curatif est très floue. Ainsi, actions préventives et curatives s'inscrivent dans un continuum.

Une seconde option, souvent plus opérationnelle pour les raisonnements sur l'économie de la prévention, consiste à classer les interventions préventives en fonction de leur caractère individuel (comme la prise en charge de l'obésité ou les traitements

1 OMS, Comité de l'Europe, *Résolution Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS*, 2006

2 T. Renaud, C. Sermet, *Les dépenses de prévention en France, Estimation à partir des Comptes nationaux de la santé en 2002*, IRDES, 2008

médicamenteux) ou collectif (comme les mesures fiscales ou les normes touchant l'industrie agro-alimentaire), et en distinguant, au sein des actions collectives, celles menées hors système de soins et celles impliquant le système de soins.

À ces notions, s'ajoutent la promotion de la santé et l'éducation pour la santé. La Charte d'Ottawa, établie à l'issue de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé en 1986 et ratifiée par la France, précise que la promotion de la santé a pour but de « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ». Elle liste des préalables indispensables à la santé, notamment se loger et se nourrir convenablement, accéder à l'éducation, bénéficier d'un certain revenu, d'un écosystème stable... Enfin, l'éducation pour la santé comprend tous les moyens pédagogiques susceptibles de faciliter l'accès des individus ou des collectivités aux connaissances utiles pour leur santé et de permettre l'acquisition de savoir-faire permettant de la conserver et de la développer.

Par toutes ces catégories d'actions, l'objectif est d'agir sur les déterminants de santé, individuels et collectifs.

Le champ de la prévention est donc large. Une difficulté est qu'il est même potentiellement infini, dans la mesure où toutes les dimensions des comportements humains, individuels et collectifs, ont un impact sur la santé. Par exemple, la santé humaine dépendant du bon état des systèmes naturels (l'air, l'eau, la biodiversité, le climat), le champ de la prévention peut s'étendre à celui des mesures visant à préserver la santé du vivant et de l'environnement<sup>3</sup>.

## II- QUELS SONT LES ENJEUX DE L'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ ÉCONOMIQUE DE LA PRÉVENTION ?

La notion d'efficacité économique, prise littéralement, invite à comparer les coûts des actions de prévention aux économies voire aux ressources qu'elles génèrent. Or, le champ des effets économiques d'une amélioration de la santé (liée à la prévention) est potentiellement très vaste lui aussi. Il englobe les soins curatifs évités bien sûr, mais aussi l'augmentation du niveau d'éducation, de la participation au marché du travail, de la longévité. Les économies et ressources à prendre en compte s'étendent donc potentiellement aux dépenses curatives, de protection sociale (chômage, invalidité, handicap, retraites...), éducatives, ainsi qu'aux effets d'un accroissement de la productivité du travail pour les classes d'âge actives.

Un tel raisonnement strictement économique, sous-tendu par l'idée que les dépenses se justifient uniquement si elles sont financièrement rentables, est assez courant dans le champ de la prévention. Ainsi, une revue de littérature internationale étudie le retour sur investissement des dépenses de santé publique, et conclut que la baisse de ces dépenses liée aux politiques d'austérité budgétaire constitue un mauvais calcul économique, ceci même sans valoriser l'effet de ces dépenses sur les années de vie gagnées et la qualité de vie liée à la santé (cf. partie 4)<sup>4</sup>.

3 S. Myers et H. Frumkin, *Santé Planétaire - Soigner le vivant pour soigner notre santé*, Ed. Rue de l'Échiquier, 2022

4 R. Masters et al. « Return on investment of public health interventions: a systematic review », *J Epidemiol Community Health* 2017, 71:827-834

Cette approche est moins fréquente dans le champ des dépenses curatives, pour lesquelles les raisonnements économiques portent généralement sur l'efficacité, c'est-à-dire sur la façon d'améliorer la santé à moindre coût. Il est rare d'envisager, comme on le fait pour la prévention, de ne pas financer des traitements efficaces au motif qu'ils se traduisent par des dépenses publiques nettes, sans tenir compte de leur impact positif pour la santé de la population (et même lorsque le calcul d'efficacité conclut à un coût très élevé par année de vie gagnée en bonne santé, si l'efficacité thérapeutique est avérée, le traitement est financé). Un tel raisonnement conduirait par exemple à ne pas soigner les retraités atteints de maladies dont l'évolution naturelle est le décès à court terme.

Ce contraste dans la façon d'aborder les dépenses préventives et curatives illustre notre préférence collective pour le présent, notre sensibilité plus grande aux problèmes qui sont matérialisés aujourd'hui et donc notre disposition plus grande à payer pour les résoudre. Les premiers mois de gestion de la crise Covid, en France et ailleurs, sont emblématiques à cet égard : les morts immédiates (de personnes souvent âgées) évitées par le confinement ont été peu mises en regard des décès que l'application du confinement au système de soins allait engendrer<sup>5</sup> ou des « vies perdues » ou « abîmées » par ses effets sur l'éducation et la précarité<sup>6</sup>.

Dans l'idéal, l'ensemble des actions visant à améliorer la santé, qu'elles soient préventives ou curatives, devraient être évaluées avec un cadre conceptuel médico-économique identique, d'autant que ce cadre permet de prendre en compte la préférence pour le présent via un coefficient d'actualisation appliqué aux dépenses et gains futurs. Le champ potentiellement infini des actions impactant la santé constitue une difficulté évidente pour l'application de ce principe général, même si des travaux méthodologiques se développent aujourd'hui pour réduire la portée de ces difficultés. Ces points sont développés dans la partie suivante.

### III- LA DISCUSSION SUR LA MÉTHODOLOGIE EST À LA FOIS TECHNIQUE, ÉTHIQUE ET POLITIQUE

Les options méthodologiques ont un impact sur l'interprétation et l'utilisation des résultats. Aussi est-il important d'avoir à l'esprit les principaux sujets de débat.

En premier lieu, la mesure du résultat permet de juger l'efficacité d'une intervention (les actions jugées inefficaces pouvant être d'emblée exclues). Elle peut s'opérer par divers indicateurs : le nombre de vies gagnées (à court terme) ; le nombre d'années de vie gagnées ; le nombre d'années de vie gagnées pondérées par la qualité de vie (QALY : quality-adjusted life years) où un coefficient issu d'échelles de mesure de la qualité de vie (sur les dimensions de douleur, d'autonomie, de souffrance psychique...) vient pondérer les années de vie ; ou encore le nombre d'années de vie pondérées du facteur d'invalidité (DALYs : disability-adjusted life years) ; cet indicateur, développé par l'OMS, consiste à faire la somme de la durée de vie avec handicap (en pondérant les années de vie par un coefficient d'incapacité qui varie de 0 (bonne santé) à 1 (décès)) et du nombre d'années de vie perdues par décès précoce par rapport à l'espérance de vie attendue.

5 S. Labaune et J.Y. Paillé, *Les retards de soins : la bombe à retardement*, Ed. Asclépiades, 2023

6 D. Fassin, « Lectures de la pandémie », *Cours du Collège de France*, 2021

La Haute autorité de santé (HAS) préconise le recours à l'analyse coût-efficacité (ACE, l'efficacité étant définie comme le nombre d'années de vie gagnées) ou l'analyse coût-utilité (ACU, l'utilité étant définie comme le nombre de QALY gagnées) pour tous les programmes de santé, préventifs ou curatifs. Notons que cette façon d'opérer évite de se poser le problème de la valorisation en euros de la vie ou de l'année de vie gagnée, qui soulève des questions spécifiques.

Ceci dit, dans un autre cadre (analyses coût-bénéfice), peuvent aussi être valorisées les années de vie gagnées ou l'amélioration de la qualité de vie.

Sont mesurées ici les conséquences directes pour l'état de santé et le bien-être des individus, mais des bénéfices collatéraux peuvent s'ajouter ; on parle de co-bénéfices, à court, moyen ou long terme. En effet, certains programmes sont bénéfiques à la fois pour la santé et l'environnement : limitation de l'usage des pesticides ou de perturbateurs endocriniens, lutte contre la pollution de l'air, contre l'alimentation transformée, encouragement des mobilités actives... La prise en compte et la valorisation de ces co-bénéfices sont très récentes. Les évaluations socio-économiques visent à rendre commensurables les coûts et les impacts des interventions dans différents domaines (santé, environnement...), en attribuant une valeur monétaire à ces impacts<sup>7</sup>.

Dans le domaine des coûts, d'autres difficultés peuvent survenir. Il est aisé de comptabiliser les dépenses consenties dans le système de soins, ou même les coûts d'une mesure réglementaire (fluoration de l'eau, étiquetage nutritionnel...), mais il peut s'avérer très complexe d'estimer le coût d'une mesure environnementale comme, par exemple, le coût d'une réduction de moitié du taux de particules fines dans l'air en Île de France, au regard du nombre très important de mesures et de contraintes à mettre en place pour un tel objectif.

Un autre point de discussion est l'horizon du calcul. Les actions de prévention demandent souvent des dépenses de court terme pour des gains de moyen et long terme, même s'il existe des exceptions, comme les actions menées dans le domaine de la sécurité routière. Le raisonnement s'opère alors sur la vie entière (par modélisation, même si l'utilisation de cohortes avec une grande profondeur temporelle, comme les grandes cohortes américaines, permet de tirer des enseignements issus de l'observation en vie réelle). Se pose alors le problème du taux d'actualisation retenu : une dépense ou un gain dans 20 ans n'a pas la même valeur que dans 1 an ; le choix du taux peut faire varier notablement un résultat (c'est un facteur faisant en général l'objet d'une analyse de sensibilité)<sup>8</sup>.

On calcule ensuite le ratio entre le différentiel de coût d'une action donnée versus un comparateur, et le différentiel de résultat. Ce ratio différentiel coût-résultat (RDCR) s'exprime donc comme une dépense supplémentaire consentie pour un gain de QALY (ou de DALY). La valeur obtenue se compare à un seuil de référence (par exemple au Royaume-Uni, il est considéré qu'au-delà de 30 à 50 000 £ (fourchette prenant en compte le degré de sévérité), le produit ou service est trop coûteux pour être financé par le National Health Service (NHS)), ou, si comme en France on se refuse à fixer

7 Rapport du groupe de travail présidé par B. Dervaux et L. Rochaix, 2022, France stratégie, Secrétariat général pour l'investissement, Ministère de la transition écologique : *L'évaluation socioéconomique des effets de santé des projets d'investissement public*, 2022.

8 Toutes ces questions de méthode sont présentées dans le référentiel de la HAS, publié en 2011 et révisé en 2020, sur la méthodologie attendue des évaluations médico-économiques. Elle y préconise le recours au taux d'actualisation public en vigueur au moment de l'évaluation (fixé à 2,5 % au moment de l'édition du guide ; le taux d'actualisation décroît après 30 ans jusqu'à 1,5%). Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS, 2020

un tel seuil, aux valeurs obtenues dans des programmes comparables pour identifier l'approche efficiente. C'est cette vision qui prévaut en général dans les calculs d'efficacité des actions de prévention.

Ces méthodes, inspirées du calcul utilitariste, visent la maximisation de la somme des gains individuels en santé et non la réduction des inégalités de santé. Elles donnent une forte priorité aux actions ciblant les personnes jeunes, pour lesquelles ces actions génèrent potentiellement un grand nombre d'années de vie gagnées. Des méthodes alternatives permettent, en fonction de choix éthiques, de donner un poids identique à tous les âges (en rapportant le gain d'espérance de vie d'une intervention pour son bénéficiaire à l'espérance de vie dont bénéficie un individu du même âge dans la population générale) ou de prioriser l'amélioration de la santé des plus mal lotis<sup>9</sup>. De fait, souvent les actions de prévention viennent aggraver les inégalités de santé<sup>10</sup>, ces actions touchant d'abord les personnes les plus éduquées. Les personnes éloignées du soin sont tout aussi éloignées de la prévention, et les politiques de « aller vers » sont rarement déployées. Le concept d'universalisme proportionné<sup>11</sup> vise à faire bénéficier l'ensemble de la population d'une intervention tout en proportionnant les efforts aux besoins des différents groupes sociaux.

Une dernière difficulté à mentionner réside dans le coût élevé de ces évaluations et les moyens nécessaires pour les réaliser ; la HAS elle-même produit un nombre limité de telles analyses chaque année dans le domaine de la santé publique (une ou deux). En conséquence, comme développé plus bas, ce sont des analyses menées dans d'autres pays qui sont mobilisées, alors qu'elles sont parfois non transposables dans le système de soins français.

Au total, ces méthodes sont très utiles pour éclairer les décisions en matière de politiques de santé, même s'il ne faut pas en faire le critère unique de choix d'un programme de santé, d'autres considérants, tels que la faisabilité, l'acceptabilité sociale, l'équité entrant en jeu.

## IV- LES RÉSULTATS PUBLIÉS AU PLAN INTERNATIONAL SONT NOMBREUX ET PERMETTENT D'IDENTIFIER LES ACTIONS EFFICACES ET EFFICIENTES

Plusieurs revues ont été publiées pour dresser la synthèse des actions efficaces, sur la base de nombreux travaux menés en particulier dans les pays anglo-saxons. Les résultats sont en général concordants.

Une revue australienne de 2010<sup>12</sup> a ainsi procédé à une évaluation médico-économique de 150 interventions préventives sur différentes pathologies afin de juger de leur pertinence en termes de coût-efficacité. Les impacts sur la santé et les coûts d'intervention ont été classés en trois catégories : faibles / moyens / élevés. Les interventions ont pu alors être classées en cinq catégories : dominantes, efficaces et très efficaces, efficaces et efficientes, efficaces et inefficaces, dominées.

<sup>9</sup> C. Thébaut et J Wittwer « L'évaluation économique en santé au prisme de l'économie normative : principes allocatifs et règles de priorisation », *RFAS*, 2017, 3 :169-191

<sup>10</sup> L. Hartmann, J. de Kervasdoué, « Santé : Evaluer la prévention », *Revue d'Economie financière* 2021, 3 :143-157

<sup>11</sup> The Marmot Review, *Fair Society, Healthy Lives*, 2010

<sup>12</sup> T. Vos, R. Carter, C. Mihalopoulos, L. Veerman, A. Magnus, L. Cobiac et al., *Assessing Cost-Effectiveness in Prevention*. Brisbane, Melbourne: University of Queensland and Deakin University, 2010

Par exemple, la taxation de 30 % sur les alcools est cotée très favorablement sur l'impact sur la santé, pour un coût annuel forcément tout aussi favorable. Par contre, l'usage d'une « polypill » intégrant un hypotenseur et un réducteur du cholestérol a un impact positif sur la santé, mais à un coût très élevé. Autre exemple : une campagne dans les médias en faveur de l'activité physique est cotée dans une position moyenne aussi bien pour l'impact sur la santé que sur les coûts de mise en œuvre, et ce alors que le niveau de preuve est non conclusif.

Au total, 21 interventions ont été classées comme dominantes, dont la taxation de l'alcool et du tabac, l'interdiction de la publicité sur l'alcool, la limitation de la quantité de sel dans les produits alimentaires transformés, une taxe de 10 % sur les aliments sans intérêt nutritionnel, la vaccination ciblée sur les populations à risque pour l'hépatite B, la recherche de maladie rénale chez les diabétiques, l'intervention après tentative de suicide, la fluoration de l'eau de boisson, la promotion de la consommation de fruits et légumes... Ces mesures, qui permettraient de gagner un million de DALYs sur l'ensemble de la vie de la population australienne, coûteraient 4,6 milliards de dollars australiens, mais pourraient permettre d'économiser 11 milliards de dépenses de santé d'après les simulations réalisées par les auteurs. 14 % de la dépense devraient être investis la première année. Les auteurs recommandent de combiner plusieurs mesures pour observer davantage d'impact.

Une autre revue<sup>13</sup> recense 599 études publiées entre 2000 et 2005 fournissant 1 500 ratios coût-efficacité dont 279 concernent des actions préventives. Les auteurs soulignent que les distributions des ratios coût-efficacité diffèrent peu entre les mesures préventives et les traitements curatifs : 7 % des traitements curatifs génèrent des coûts supplémentaires en détériorant l'état de santé alors que cette proportion est égale à 3 % pour les mesures de prévention incluses dans l'échantillon d'études ; et d'un autre côté, 19 % des études concernant la prévention sont « bénéficiaires » (« cost-saving ») contre 18 % des études sur des traitements. De fait, l'évaluation est à chaque fois nécessaire, une action de prévention n'étant pas automatiquement efficiente. Globalement, l'efficacité d'une action de prévention dépend de trois facteurs principaux pour les auteurs : cible couverte (les mesures efficaces ciblent les populations les plus à risque, par exemple les femmes enceintes pour l'arrêt du tabac), fréquence de l'action (par exemple des dépistages fréquents sont plus efficaces mais moins efficaces), efficacité intrinsèque de l'action. Certains examens systématiques peuvent ainsi générer des dépenses médicales supplémentaires sans gain médical suffisant. C'est le cas par exemple du dépistage du cancer de la prostate par dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA)<sup>14</sup>.

La revue de littérature internationale sur le retour sur investissement des actions de santé publique citée précédemment conclut à un retour médian très favorable, de 14 pour 1. Les actions nationales s'avéraient plus efficaces que les actions locales, notamment les actions législatives et normatives : taxation des boissons sucrées, contrôle du plomb dans les peintures, ... À noter quelques actions impliquant le système de soins dont le retour sur investissement dépasse 4 pour 1 : services

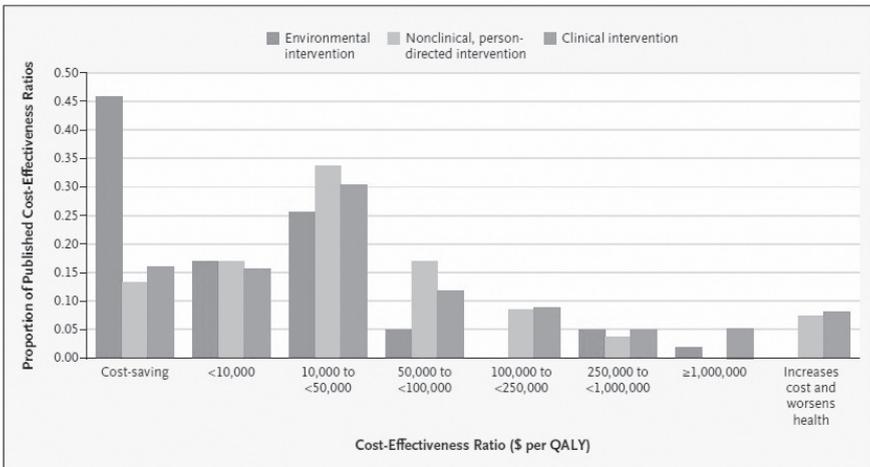
13 J.T. Cohen et al., « Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates », *NEJM* 2008, 358,7. Dans cet article, seule la prévention primaire est définie comme action préventive, les actions de prévention secondaire et tertiaire étant classées parmi les traitements curatifs.

14 A. Shteynshlyuger, G.L. Andriole, « Cost-effectiveness of prostate specific antigen screening in the United States: extrapolating from the European study of screening for prostate cancer », *J Urol*, 2011, 185: 828-832. Dans cette étude, il apparaît que le coût sur la vie entière pour prévenir un décès par cancer de la prostate était de 5 millions de dollars, soit de l'ordre de 260 000 \$ par année de vie gagnée.

proposés par les pharmaciens sur l'observance thérapeutique, actions de promotion de la santé sur le lieu de travail, mesure de la pression artérielle à domicile... D'autres actions de prévention ont aussi un retour sur investissement positif y compris à court-moyen terme : prévention des chutes chez les personnes à risque, vaccination, arrêt du tabac, ...

Au total, de nombreuses actions dominantes relèvent de politiques hors système de soins, en particulier les politiques fiscales pour diminuer la consommation de tabac ou d'alcool, ou pour orienter le consommateur vers une alimentation saine, ainsi que les réglementations sur l'alimentation (comme la diminution du taux de sel dans les aliments transformés) et l'environnement (comme le contrôle du plomb pour prévenir le saturnisme, ou l'amélioration des infrastructures pour favoriser la marche ou l'utilisation des vélos en ville). Ces mesures réduisent la mortalité et ont un coût net très bas, étant même souvent « bénéficiaires ».

De fait, comme l'indique le graphique ci-après<sup>15</sup>, les actions hors système de soins sont fréquemment « cost-saving ». Y sont distinguées les actions portant sur l'environnement à visée collective (taxes, fluoration de l'eau...) et celles visant les individus, et parmi ces dernières, les actions relevant de la clinique (ex : dépistage du cancer du sein) et les autres (ex : programme d'échange de seringues). Un total de 2 815 analyses coût-efficacité publiées jusqu'à 2011 a été passé en revue, pour retenir en fin de compte après sélection 401 études de prévention en clinique, 37 études d'interventions non-cliniques et 31 études d'interventions collectives. Le graphique les classe selon la valeur du ratio coût-efficacité (en abscisse). Les études à visée collective sont majoritairement dans les tranches basses de ce ratio. Le faible coût par personne d'implémentation de ces actions (a fortiori lorsqu'il s'agit de taxes) rend compte de cette position favorable.



Cost-Effectiveness of Categories of Preventive Interventions.

15 D.A. Chokshi, T.A. Farley, « The cost-effectiveness of environmental approaches to disease prevention », *NEJM* 2012, 367:295-297

Des actions concernant cette fois le système de soins apparaissent également efficaces dans plusieurs études concordantes, par exemple : conseils aux adultes d'arrêt du tabac, vaccinations pédiatriques, vaccination antigrippale... Les campagnes de dépistage de certains cancers, comme celui du côlon, constituent d'autres exemples d'actions efficaces. Elles le sont dans la mesure où elles permettent de dépister des cancers à des stades plus précoces, occasionnant des dépenses moins élevées par patient et ayant un impact très favorable sur l'évolution de la maladie<sup>16</sup>, ce qui légitime le coût du programme. La démonstration a été faite aussi pour le dépistage du cancer du col de l'utérus<sup>17</sup> où l'intervention permet de gagner des années de vie tout en dépensant moins dans la prise en charge des patientes.

Les impacts les plus significatifs d'actions de prévention sont observés lorsqu'une palette de mesures sont mises en œuvre simultanément. En pratique, les politiques de prévention les plus fréquemment mises en œuvre via des mesures multiples dans les différents pays portent sur la prévention des accidents de la route, la lutte contre le tabagisme et la lutte contre la consommation excessive d'alcool, c'est-à-dire trois des principaux facteurs rendant compte de la mortalité prématurée évitable (les politiques menées sur l'alimentation ou la qualité de l'environnement, tout en motivant de nombreux discours, sont très en retrait en comparaison).

Un rapport de synthèse sur l'évaluation économique des mesures de prévention en Suisse de l'Université de Neuchâtel<sup>18</sup> montre que les investissements réalisés dans ces trois programmes de prévention sont très rentables en termes de retour sur investissement (RSI). Les bénéfices totaux sont entendus dans une perspective sociale, englobant les frais médicaux, les pertes de revenu et les coûts intangibles (perte de qualité de vie liée à la maladie, à l'invalidité et à la mort prématurée).

Sur ces thèmes, la position française présente un tableau contrasté, avec un grand succès en matière de sécurité routière (le nombre de morts sur les routes de France a été divisé par plus de 3 en l'espace de 30 ans), un succès relatif (i.e. des progrès, mais à un rythme moindre que dans d'autres pays) pour la lutte contre le tabagisme et une baisse de la consommation excessive d'alcool (baisse de la consommation de vin, quatre fois moins qu'il y a soixante ans) alors que l'intensité des actions a été moindre que dans les deux autres cas<sup>19</sup>. La question des meilleurs moyens de modifier les comportements est évidemment essentielle, l'interaction des différents déterminants étant complexe<sup>20</sup>.

16 T Renaud et al., « Impact des pratiques médicales sur le coût de prise en charge du cancer. Le cas du cancer du côlon en Ile-de-France », *Pratiques et Organisation des Soins* 2008/4 (Vol. 39), 283-295.

17 Mei-Chuan Hung et al. « Estimating of savings of life-years and cost from early detection of cervical cancer: a follow-up study using nationwide databases for the period 2002-2009 », *BMC Cancer*, 2014, 14:505.

18 S. Wieser et al., *Rapport de synthèse – Evaluation économique des mesures de prévention en Suisse de l'IRENE*, Université de Neuchâtel, février 2010

19 C. Ben Lakhdar, « L'efficacité des politiques publiques : trois cas (sécurité routière, tabac, alcool) et quelques questions », Terra Nova, La Grande conversation, novembre 2022

20 Discussion par F. Bourdillon, « Changer les comportements de santé : comment marche l'action publique ? Une réponse à Christian Ben Lakhdar », Terra Nova, La Grande conversation, novembre 2022

## V- TOUTEFOIS, SUR DES SUJETS IMPORTANTS, LE CHOIX DES ACTIONS À MENER RESTE EN DÉBAT

### Deux exemples peuvent être pris

Dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient, il est démontré qu'un programme d'accompagnement complet (documentation, séances d'éducation individuelles ou collectives, accompagnement téléphonique par une infirmière...) de type « disease management » a des impacts médicaux plus favorables que des programmes ne comprenant qu'un type d'actions, mais à un coût élevé par patient<sup>21</sup>. Et il reste discuté de savoir de combien on peut abaisser l'intensité du programme sans perdre les bénéfices. L'exemple du programme Sophia de suivi des diabétiques en France, initié et piloté par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), tend à indiquer que les effets d'un programme allégé sont modestes<sup>22</sup>. En outre, dans ce programme comme dans de nombreux exemples de la littérature, il est observé une réduction de l'effet dans le temps dès lors que les actions s'arrêtent ou diminuent en intensité. Aussi, le débat est complexe, d'autant plus que l'évaluation de tels programmes est longue et coûteuse, limitant ce type de recherches et ne permettant pas de fournir toute l'information pertinente aux décideurs.

Un autre domaine difficile est celui de l'alimentation, du surpoids et de l'obésité. Au regard de l'augmentation constante et régulière du taux de personnes en surpoids dans les pays développés, on ne peut que constater l'échec des mesures prises jusqu'à présent pour contrecarrer ce phénomène. L'étude de référence à ce jour est celle de l'Organisation pour la coopération et de développement économique (OCDE) sur l'obésité et l'économie de la prévention<sup>23</sup> qui effectue une analyse de l'efficacité et du ratio coût-efficacité des différentes stratégies de prévention dans le domaine de la nutrition, la sédentarité et l'obésité. De nombreux types d'interventions sont étudiés : mesures fiscales, campagnes dans les médias, étiquetage nutritionnel, mesures d'autorégulation de la publicité alimentaire, interventions dans les milieux scolaires et professionnels, accompagnement intensif par un médecin et un diététicien. D'un point de vue économique, en prenant en compte le coût de ces interventions, les mesures fiscales sont efficaces puisqu'elles sont même « bénéficiaires ». À partir du critère DALY par million d'habitants, la mesure d'accompagnement intensif par un médecin et diététicien est jugée la plus efficace ; lorsqu'on regarde l'effet cumulé dans le temps, ce suivi intensif a un impact trois fois plus important que le suivi par un médecin seul ou les mesures fiscales. Mais il s'agit aussi de l'intervention la plus coûteuse. Cependant, les ratios coût-efficacité sont favorables à court terme pour cette intervention, de même que pour l'étiquetage nutritionnel et les campagnes dans les médias (pour les autres interventions, il faut attendre quelques décennies pour avoir un ratio passant sous les 50 000 \$ par DALY). Ces ratios sont d'autant plus favorables que différents types d'interventions sont combinées et qu'on raisonne sur le temps long.

21 P.L. Bras, G. Duhamel, E. Grass, *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management »*, IGAS, Rapport, septembre 2006

22 Voir les différentes évaluations de ce programme : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/etudes-publications/assurance-maladie/evaluations-service-accompagnement-des-patients-sophia>

23 F. Sassi et al. *Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies*, OCDE, document de travail n° 48, 2009

Dans cet esprit, le HCAAM avait souligné, dans un rapport de juin 2018<sup>24</sup>, l'importance d'inscrire les actions de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine de l'obésité dans le droit commun, au sein du système de soins, en prévoyant l'accès remboursé à une diététicienne et/ou une psychologue et/ou une activité physique adaptée et/ou des séances d'éducation thérapeutique, en fonction des besoins, dès lors qu'un plan personnalisé et coordonné de soins a été établi entre le patient et son médecin traitant après un bilan initial : « soins et prévention doivent être pensés conjointement ». Une organisation proche de ce schéma général a été expérimentée par la Cnam, puis dans le cadre des expérimentations dites « article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018 », pour les enfants de 2 à 16 ans : le projet Obepedia, proposé aux enfants souffrant d'obésité sévère. L'évaluation est en cours.

Cette orientation est porteuse de progrès dans la prise en charge des personnes concernées, notamment afin de limiter les comorbidités induites à moyen terme par l'obésité, mais à un coût élevé par patient. Cette situation illustre la nécessité, dans certains cas, d'accroître les moyens engagés à court terme pour un gain à moyen et long terme, en termes d'état de santé comme en termes économiques. Ce type d'engagement demande que l'efficacité de l'action soit démontrée.

Par ailleurs, de tels programmes centrés sur un suivi assez intense, multidisciplinaire, des personnes, n'empêchent pas de mobiliser les mesures hors système de soins comme la taxation des aliments néfastes pour la santé, l'étiquetage nutritionnel, le contrôle de la publicité, la réglementation sur le taux de sel, etc. Autant de mesures dont l'efficacité est largement documentée.

## VI- QUELS SONT LES LEVIERS DE DÉVELOPPEMENT DE CES APPROCHES ?

La France est très en retrait sur ce type d'évaluation et de recherche<sup>25</sup>. Elle dépend des études réalisées dans les pays anglo-saxons, dont les systèmes de soins et organisations sociales sont notablement différents, les résultats ne pouvant pas forcément être transposés. Aussi, ce champ de recherche devrait être promu dans les universités françaises, en encourageant la création d'équipes pérennes sur ces thématiques (sans se contenter d'appels à projets ponctuels).

Pour initier cette orientation, il manque visiblement la conviction que ces approches sont nécessaires et pertinentes. Il est classique d'observer que la prévention est, en France comme dans de nombreux pays, le parent pauvre des politiques publiques. Même si dans certains domaines des efforts sont déployés, c'est souvent sans plan d'ensemble, sans réflexion sur les actions les plus efficaces et/ou efficaces. Alors que la recherche dans ce domaine vise justement à déterminer quelles sont les actions de prévention efficaces et parmi celles-ci, lesquelles sont efficaces, il arrive que des actions moyennement (ou pas du tout) efficaces soient retenues par

24 F. Alla, R. Cash, S. Danet, *Rapport sur l'organisation et le financement de la prévention de l'obésité dans le système de soins*, HCAAM, juin 2018

25 Par exemple, pour la requête PUBMED (au 15 mars 2023) « preventive health services[Mesh terms] AND economics[Mesh terms] », on obtient 41 557 résultats dont 790 pour la France (1,9%) ; pour « preventive health services[Mesh terms] AND efficiency[Mesh terms] », on obtient 1 090 résultats, dont 19 pour la France (1,7%)

les pouvoirs publics malgré un coût élevé parce que ce sont les seules identifiées et/ou celles politiquement aisées à mettre en place. Les études de type coût-efficacité ou coût-bénéfice ne sont pas intégrées par les décideurs dans le processus décisionnel, une des raisons étant qu'elles ne sont pas disponibles sur de nombreux sujets.

Il faut aussi rappeler que l'impact de beaucoup de mesures de prévention s'inscrit dans une temporalité longue, qui le rend difficilement lisible pour les initiateurs. Les bénéfices économiques de la prévention sont souvent postérieurs aux dépenses engagées, de sorte que, pendant une certaine période, il est nécessaire d'affronter les coûts concomitants des programmes de prévention et des consommations de soins de patients dont on n'a pas pu prévenir la pathologie dans le passé.

Pourtant, comme nous l'avons vu, un programme de prévention bien conçu et bien ciblé peut s'avérer bien plus efficace que de nombreux traitements curatifs – même si cette efficacité n'est pas acquise d'emblée et doit être évaluée au cas par cas.

Enfin, comme il a été souligné plusieurs fois, la prévention ne concerne pas que le système de soins, mais doit s'envisager sur une large palette d'activités. Cet élargissement prend deux directions : « la santé dans toutes les politiques », assumant que les politiques du logement, de l'éducation, des transports, de l'environnement, etc. sont toutes aussi importantes pour préserver et améliorer la santé de la population ; et « une seule santé », appréhendant dans la même réflexion santé humaine, santé animale et santé des éco-systèmes, tant les trois domaines sont liés. Nous avons vu l'exemple des co-bénéfices possibles d'actions de prévention pouvant améliorer à la fois la santé et les émissions de gaz à effet de serre. Les exemples de telles approches sont multiples (prévention de l'antibiorésistance, prévention des zoonoses...). Elles supposent une approche interministérielle qui donne un haut niveau de priorité aux politiques favorables à l'environnement et à la santé.