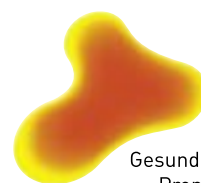


Rapport de synthèse: Evaluation économique dans les thèmes stratégiques

- Poids corporel sain
- Santé psychique - stress
- Renforcer la promotion de la santé
et la prévention



.....

Impressum

Auteurs

lic. phil. Liselotte Schug, MPH
Dr méd. Barbara Federspiel, MHA
Dr ès Sciences Economiques Urs Brügger

Adresse de correspondance

Dr ès Sciences Economiques Urs Brügger
Institut de l'économie de la santé de Winterthour «WIG»
St. Georgenstrasse 70
Case Postale 958
8401 Winterthour

Editeur

Promotion Santé Suisse
Avenue de la Gare 52
Case postale 670
CH-1001 Lausanne
Tél. +41 (0)21 345 15 15
Fax +41 (0)21 345 15 45
office@promotionsante.ch
www.promotionsante.ch

Gesundheitsförderung Schweiz
Dufourstrasse 30
Postfach 311
CH-3000 Bern 6
Tel. +41 (0)31 350 04 04
Fax +41 (0)31 368 17 00
office.bern@promotionsante.ch
www.gesundheitsfoerderung.ch

Table des matières

1. Introduction	5
2. Théorie de l'évaluation économique	7
2.1 Analyses non-comparatives	7
2.1.1 Analyse des coûts	7
2.1.2 Fardeau de la maladie	7
2.2 Analyses comparatives	9
2.2.1 Analyse de la minimisation des coûts (CMA)	12
2.2.2 Analyse coût-bénéfice (CBA)	12
2.2.3 Analyse coût-efficacité (CEA)	12
2.2.4 Analyse coût-utilité (CUA)	13
2.2.5 Récapitulation des quatre types d'évaluation économique	13
2.2.6 Analyse coût-conséquences	15
2.3 Perspective	15
2.4 Actualisation	16
2.5 Analyse de sensibilité	17
2.6 Modélisation	18
2.7 Question de l'équité	18
2.8 Force probante des évaluations économiques	19
2.9 Bibliographie	20
3. Résumé du rapport «Poids corporel sain» : perspective économique	23
3.1 Introduction	23
3.2 Revue	23
3.3 Résultats et commentaires	24
3.4 Recommandations	25
4. Résumé du rapport «Santé psychique - stress» : perspective économique	27
4.1 Introduction	27
4.2 Revue	27

4.3 Résultats et commentaires	28
4.4 Recommandations	29
5. Remarques concernant «Promotion de la santé et prévention»: perspective économique	31
5.1 Introduction	31
5.2 Recherches bibliographiques	32
5.3 Difficultés de l'analyse économique des interventions de sensibilisation	32
6. Bilan	35

1. Introduction

Liselotte Schug

Le présent rapport est une synthèse des revues effectuées par l'Institut de l'économie de la santé de Winterthour, concernant les deux thèmes centraux de Promotion Santé Suisse: «Poids corporel sain»¹ et «Santé psychique – stress»². Au sujet du troisième thème central, «Renforcer la promotion de la santé et la prévention», il a été décidé, suite à une première recherche bibliographique infructueuse, qu'une revue systématique des évaluations économiques dans ce domaine n'avait pas d'intérêt. Il existe par contre un compte rendu interne fournissant quelques informations sur la problématique des évaluations économiques dans le domaine de la sensibilisation aux questions de santé, expliquant ainsi en partie l'absence d'évaluations économiques des interventions de sensibilisation.

Nous présenterons en guise d'introduction les bases de l'évaluation économique, en nous attachant particulièrement à leur application à la promotion de la santé. Suivent les résumés des deux rapports, ainsi qu'une explication au sujet de l'absence d'évaluations économiques dans le domaine «Renforcer la promotion de la santé et la prévention». Ces résumés ne contiennent pas de références bibliographiques. Pour obtenir ces dernières, ainsi que des explications plus détaillées, il est nécessaire de se reporter aux deux rapports, dans lesquels figurent également les évaluations économiques rencontrées. Ces rapports sont disponibles sous forme de fichiers PDF aux adresses Internet suivantes:

- Thème stratégique «Poids corporel sain»: perspective économique
http://www.wig.zhwin.ch/publi/pdf/Schlussbericht_Gewicht.pdf
- Thème stratégique «Santé psychique – stress»: perspective économique
http://www.wig.zhwin.ch/publi/pdf/Schlussbericht_Psychische.pdf

L'objectif des deux revues était, d'une part, d'offrir une vue d'ensemble des évaluations économiques existantes et, d'autre part, d'émettre des recommandations pour des interventions rentables, ainsi que de fournir des points de repère quant à la conduite des études de rentabilité des programmes de promotion de la santé. Ces revues constituent la base des futures évaluations économiques des mesures de Promotion Santé Suisse.

¹ Federspiel, Barbara (2005). Promotion Santé Suisse – Thème central «Poids corporel sain»: perspective économique. Winterthour: Institut d'économie de la santé de Winterthour, pour Promotion Santé Suisse.

² Federspiel, Barbara (2005). Promotion Santé Suisse – Thème central «Santé psychique – Stress»: perspective économique. Winterthour: Institut d'économie de la santé de Winterthour, pour Promotion Santé Suisse.

2. Théorie de l'évaluation économique

Liselotte Schug, Barbara Federspiel et Urs Brügger

Le terme «évaluation économique»³ recouvre plusieurs méthodes (ou types d'études) que nous décrivons ci-dessous.⁴ Le choix de la méthode dépend du but de l'étude et de la question posée. On distingue des méthodes comparatives et non-comparatives, les études comparatives étant les seules à pouvoir être qualifiées d'études économiques proprement dites.⁵ Pour optimiser l'allocation des ressources dans le système de santé, il est généralement nécessaire d'avoir recours aux études comparatives.⁶ Les études non-comparatives se justifient cependant pour certaines questions.

2.1 ANALYSES NON-COMPARATIVES

Les analyses non-comparatives sont la simple analyse des coûts et l'évaluation du fardeau économique de la maladie.

2.1.1 Analyse des coûts

L'analyse des coûts, est un concept simple qui regroupe les coûts d'une intervention déterminée. Il ne permet cependant pas à lui seul de prendre des décisions suffisamment motivées, en faveur ou contre une intervention, car le résultat et ainsi l'utilité pour les destinataires doivent également être pris en compte.

2.1.2 Fardeau de la maladie

Pour saisir la signification sociale d'une maladie, on effectue des évaluations du fardeau de la maladie (cost-of-illness studies). Celles-ci permettent de mettre en évidence les coûts macro-économiques⁷ de maladies déterminées et servent ainsi de base pour l'allocation des ressources, resp. l'établissement des priorités, dans la politique de santé. Pour les évaluations du fardeau des maladies, dans lesquelles on prend comme perspective l'ensemble de la société, on tient compte, outre les coûts directs inhérents à la fourniture de prestations de santé, souvent aussi des coûts indirects, induits par la mortalité précoce et l'incapacité de travail. Les analyses du fardeau des maladies sont toutefois fréquemment effectuées dans la perspective des assurances maladie. Dans ce cas elles considèrent surtout les coûts directs.⁸

³ Dans les ouvrages de langue allemande, on emploie fréquemment pour l'évaluation économique («ökonomische Evaluation») en matière de santé le terme «gesundheitsökonomische Evaluation». Ces deux termes sont compris comme synonymes.

⁴ Les explications du chapitre 2 ci-dessous se basent pour l'essentiel sur Schöffski et Uber, 2000; Szucs, 1997 et Drummend et al., 1997. Nous ne mentionnerons en plus dans les notes de bas de page que les contributions d'autres auteurs.

⁵ Les explications du chapitre 2 ci-dessous se basent pour l'essentiel sur Schöffski et Uber, 2000; Szucs, 1997 et Drummend et al., 1997. Nous ne mentionnerons en plus dans les notes de bas de page que les contributions d'autres auteurs.

⁶ Cf. entre autres NHMCR, 2001.

⁷ Le terme «coûts» désigne les utilisations de ressources évaluées par des prix. Aidelsburger et al., 2003, p. 8.

⁸ Schöffski et Uber, 2000, pp 176s.

Les coûts sont subdivisés dans les catégories suivantes:⁹

Schéma 1

Les diverses catégories de coûts

Coûts directs	Coûts indirects ¹⁰	Coûts intangibles
Inhérents à la fourniture de prestations de santé. Par ex.:	Engendrés par la perte de productivité. Par ex.:	Effets de la maladie se prêtant difficilement à une évaluation monétaire:
<ul style="list-style-type: none"> • frais de personnel (médecins, personnel soignant, etc.) • coût des médicaments • frais de laboratoire • frais administratifs 	<ul style="list-style-type: none"> • baisse de la productivité sur le lieu de travail • absentéisme • diminution de l'espérance de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • atteinte physique ou psychique • douleurs

Les coûts intangibles sont rarement pris en considération pour calculer les coûts de la maladie dans les «cost-of-illness studies». Ceci est dû au fait qu'ils sont très difficilement quantifiables.

Il existe deux possibilités différentes de saisir les coûts: l'évaluation *top-down*, qui utilise des données macro-économiques fortement agrégées, et l'évaluation *bottom-up*, s'attachant au patient pris isolément. Dans l'approche *top-down*, on estime au moyen de données statistiques (par ex. statistiques de mortalité et morbidité, statistiques sur la durée moyenne des séjours hospitaliers et le nombre de jours d'incapacité de travail, etc.) les coûts induits au niveau macro-économique par une maladie déterminée. L'évaluation *bottom-up* calcule le fardeau économique que représente une maladie spécifique pour un patient moyen. Ce fardeau peut être déterminé selon les frais effectivement imputables au malade ou au moyen des compensations financières représentatives correspondantes (par ex. forfait journalier hospitalier, forfait médical par cas, etc.).

Les études du fardeau de la maladie se révèlent intéressantes lorsqu'elles permettent d'examiner les coûts relativement à ceux causés par d'autres maladies. Il importe cependant de veiller à ce que les études soient effectuées dans le même contexte, faute de quoi une comparaison n'est pas suffisamment concluante. Les analyses du coût de la maladie sont une forme d'étude non-comparative. On ne peut déduire de recommandations pour les interventions en se basant uniquement sur des informations relatives aux coûts. Les études d'évaluation économique complètes s'y prêtent mieux. Finalement, dans une perspective économique, le facteur déterminant pour l'allocation des ressources devrait non pas être l'importance des coûts d'une maladie mais les avantages qu'aurait une intervention par rapport à une autre. Si l'efficacité des interventions pour une maladie économiquement significative est faible, alors les fonds seraient éventuellement mieux investis en faveur d'un autre problème de santé moins significatif, pour autant qu'elles permettent d'y obtenir des effets positifs.¹¹

Les études du fardeau de la maladie sont par contre très bien adaptées à l'«advocacy»¹². Elles constituent également une base pour les évaluations économiques comparatives, car elles fournissent des indications quant à leur aspect coût.

⁹ Greiner, 2000, pp 163–169.

¹⁰ Les problèmes survenant lors du calcul des coûts indirects sont évoqués dans l'op. cit. pp 165–169.

¹¹ Schöffski et Uber, 2000, pp 176–181.

¹² Définition de l'advocacy selon le glossaire de l'OMS: WHO-Glossary: «Advocacy is a method and a process of influencing decision-makers and public perceptions about an issue of concern, and mobilising community action to achieve social change, including legislative and policy reform, to address the concern.» Cf. <http://www.who.int/3by5/partners/NGOGlossary.pdf> [16.04.2006].

2.2 ANALYSES COMPARATIVES

Les études comparatives traitent de la rentabilité (rapport coût/efficacité) des interventions. Le point commun de toutes ces études est qu'elles évaluent l'efficacité¹³ de l'investissement des ressources. Elles se fondent sur l'hypothèse économique de base selon laquelle les ressources sont en permanence rares par rapport aux besoins et qu'il est pour cela nécessaire de prendre des décisions quant à leur attribution. Lorsque les ressources sont investies quelque part, elles ne sont plus disponibles ailleurs. Ceci est vrai au sein du système de santé mais également entre le système de santé et d'autres domaines.

L'objectif est d'atteindre avec des moyens donnés le meilleur résultat possible ou d'obtenir un résultat donné en investissant le moins de ressources possible. Les études comparatives évaluent toujours, pour des interventions alternatives, le rapport entre l'investissement de ressources et les résultats, et permettent ainsi d'émettre des affirmations quant à la rentabilité relative d'interventions concurrentes. Pour déterminer la rentabilité relative des interventions, il est donc nécessaire d'évaluer tant l'utilisation des ressources (coûts) que le résultat des interventions comparées.

L'efficacité est généralement constatée par des études expérimentales ou quasi expérimentales en comparant les groupes d'intervention et de contrôle. Dans ce contexte une hiérarchie des types d'études en fonction de leur niveau de preuve s'est peu à peu établie au sein de la recherche médicale:

Schéma 3

Hiérarchie des preuves cliniques¹⁴

1++	Méta-analyse, revue systématique d'essais contrôlés randomisés (RCTs) ou d'un essai contrôlé randomisé (RCT) – de forte puissance, avec risque de biais faible
1+	Méta-analyse bien menée, revue systématique ou RCT – avec risque de biais faible
1-	Méta-analyse, revue systématique ou RCT – avec risque de biais élevé
2++	Revue systématique à forte puissance d'études cas-contrôle ou d'études de cohorte avec un risque de confusion ou de biais très faible et avec une forte probabilité de causalité
2+	Etudes cas-contrôle ou de cohorte bien menées avec faible risque de confusion ou de biais et probabilité moyenne de causalité
2-	Etudes cas-contrôle ou de cohorte avec risque élevé de confusion ou de biais et risque significatif que la relation découverte n'ait pas de lien de causalité
3	Etudes non-analytiques, par ex. études rétrospectives ou cas cliniques
4	Avis d'experts

La hiérarchie des preuves représentée ci-dessus, employée habituellement dans la médecine fondée sur les preuves (*evidence-based medicine EBM*) et au sommet de laquelle figurent, outre le RCT surtout la méta-analyse et la revue systématique des RCTs, est à notre sens peu adaptée à l'évaluation des interventions de promotion de la santé et de prévention dans la santé publique.

¹³ Efficacité et rentabilité sont employés comme synonymes.

¹⁴ Source: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Illustré chez Coyle et Lee, 2002, p. 56.

La hiérarchie des preuves suivante, qui ne se limite pas au domaine médical ou clinique, s'est établie parallèlement à la précédente:

Schéma 2

Hiérarchie des types d'études pour les études d'efficacité¹⁵

Niveau	Description
1.	Etudes expérimentales (RCT)
2.	Etudes quasi expérimentales (sans randomisation)
3.	Etudes d'observation
3a.	Etudes de cohorte
3b.	Etudes cas-contrôle
4.	Etudes d'observation sans contrôle (par ex. de type avant-après)
5.	Avis d'experts

Quoi qu'il en soit, cette liste de classification ne convient pas non plus à la promotion de la santé et à la prévention, avec leurs interventions dans des systèmes sociaux complexes, notamment pour les raisons suivantes:

- Les effets des mesures de promotion de la santé et de prévention n'apparaissent souvent qu'après une longue latence.
- Il est pratiquement impossible de mener une étude «à l'aveugle».
- Une randomisation est certes possible mais apporte aussi des problèmes d'ordre méthodologique: pour les études contrôlées, il est souhaitable que les participants soient coopératifs (compliance) mais plutôt passifs, respectant rigoureusement le protocole. De tels sujets «cliniques» sont cependant une antithèse de la promotion de la santé, pour laquelle la participation active, l'empowerment et l'initiative personnelle sont des éléments clés du succès.¹⁶
- Une randomisation (par ex. des classes d'école dans un quartier) n'empêche pas les participants du groupe d'intervention de «contaminer» les participants du groupe de contrôle avec leurs nouvelles connaissances. Cet effet «externe» de la promotion de la santé, désiré dans la réalité, est pourtant un biais dans une étude contrôlée.¹⁷

De nombreux experts s'accordent à dire qu'il faudrait combiner plusieurs types d'études différents pour l'évaluation de la promotion de la santé et de la prévention.¹⁸ On examine par ailleurs également des alternatives à la hiérarchie des preuves, telles qu'un prisme des preuves.¹⁹

¹⁵ Selon la hiérarchie des études du CRD Report Number 4, 2001, phase 5, p. 5.

¹⁶ Stewart-Brown, 2001, pp 273s.

¹⁷ Stewart-Brown, 2001, p. 273.

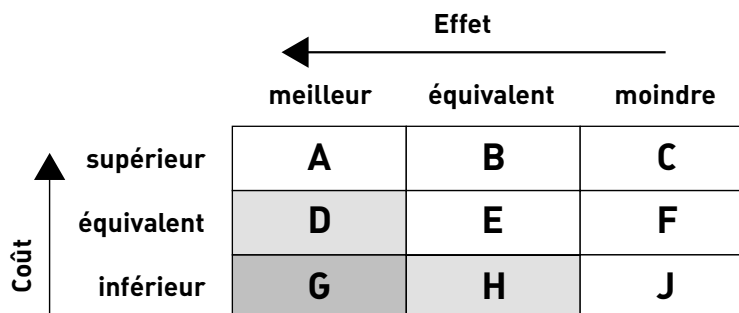
¹⁸ Rootman et al. 2001, p. 25.

¹⁹ Cf. Walach, Harald 2005. Circulaire plutôt que hiérarchique. Conditions théoriques et méthodologiques. Exposé au BKK-Workshop Evidenzbasierte Gesundheitsförderung du 14 mai 2005 à Essen/D.

La rentabilité d'une intervention donnée peut être représentée dans le diagramme suivant:

Schéma 4

Matrice coût-efficacité²⁰



Conséquences à tirer des résultats

A	examiner	coût supérieur mais meilleur effet (une analyse incrémentielle est requise)
B	rejeter	coût supérieur, pas de différence au niveau de l'effet
C	rejeter	coût supérieur, effet moindre
D	appliquer	pas de différence de coût et meilleur effet (dominance incomplète)
E	neutre	aucune différence, ni quant aux coûts ni quant aux effets
F	rejeter	pas de différence de coût et effet moindre
G	appliquer	coût inférieur et meilleur effet (dominance)
H	appliquer	coût inférieur et effet équivalent (dominance incomplète)
J	examiner	coût inférieur mais effet moindre (une analyse incrémentielle s'impose)

Ce diagramme montre quelles interventions doivent sans conteste l'emporter sur les solutions alternatives du point de vue de la rentabilité (D, G, H).

La «question de l'allocation» se pose aussi bien pour les interventions meilleures mais plus chères que pour les interventions moins bonnes mais meilleur marché que celle auxquelles elles sont comparées (A,J). Dans ce genre de situation, il faut examiner les coûts additionnels nécessaires à obtenir un bénéfice supplémentaire pour la santé. Ceci s'exprime au moyen du rapport coût-efficacité incrémentiel (différence entre les coûts et l'utilité de deux ou plusieurs interventions), par exemple le coût d'une année d'espérance de vie supplémentaire.²¹ Toutefois, les interventions menées jusqu'à présent dans le domaine médical, étaient presque exclusivement des interventions de la section A, tandis que celles de la section J ne suscitaient aucun intérêt du fait de leur moindre efficacité. Cette attitude devrait pourtant être revue sous l'angle économique, et ce d'autant plus que les ressources s'amenuisent, car les fonds économisés dans l'intervention J pourraient éventuellement être investis plus efficacement dans un autre secteur du système de santé. C'est pourquoi il faut soupeser les différents éléments, afin de déterminer si l'effet moins étendu suffit pour le résultat désiré, ainsi que le rapport de proportionnalité entre l'effet moindre et les coûts épargnés. Si par exemple, pour une intervention donnée, les économies sont significatives par rapport à une autre mais qu'elle produit un effet moins important, il peut malgré tout être intéressant de la mettre en œuvre.

²⁰ D'après CRD Report Number 4, 2001, Phase 7, S. 22; Donaldson et al., 2002a, S. 12.

²¹ Vgl. Hale et al., 2003, S. 39f. Die Berechnungsformeln für die inkrementale Kosten-Wirksamkeit und das inkrementale Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis sind abgebildet bei Szucs, 1997, S. 84.

Pour estimer la rentabilité, on emploie les quatre types d'évaluation économique suivants:

- Analyse de la minimisation des coûts (cost-minimisation analysis; CMA)
- Analyse coût-bénéfice (cost-benefit analysis; CBA)
- Analyse coût-efficacité (cost-effectiveness analysis; CEA)
- Analyse coût-utilité (cost-utility analysis; CUA)

2.2.1 Analyse de minimisation des coûts (CMA)

Cette étude part du principe que deux ou plusieurs interventions produisent un effet identique. On n'y compare donc, pour faire ressortir la plus avantageuse d'entre elles, que leurs coûts. Etant donné que l'efficacité est cependant rarement identique, ce type d'analyse ne fait l'objet que d'un usage limité. Il est surtout adapté à l'industrie pharmaceutique, lorsque deux médicaments ont exactement le même effet (génériques). Cette forme d'évaluation n'est guère employée dans le domaine de la promotion de la santé, de par le fait que les conditions pour l'obtention d'un effet identique ne sont pratiquement jamais données.

2.2.2 Analyse coût-bénéfice (CBA)

Dans l'analyse coût-bénéfice, aussi bien les coûts que l'effet sont exprimés en unités monétaires. Il est cependant souvent difficile d'assigner une valeur monétaire à l'effet (par ex. résultats cliniques, année d'espérance de vie gagnée, etc.).

Cette forme d'évaluation économique présente toutefois l'avantage de pouvoir être effectuée sans intervention de référence, du fait que les coûts et le bénéfice y sont mesurés en unités monétaires et que l'on peut ainsi calculer directement un «bénéfice» ou une «perte». De plus, seule l'analyse coût-bénéfice permet de prendre en compte des résultats différents, pour autant qu'ils puissent être évalués monétairement.

Dans le cadre de la promotion de la santé et de la santé publique, l'effet désiré est souvent un non-événement, c'est-à-dire l'absence (la «non-survenance») d'un problème de santé. S'il existe des données quant au fardeau de ce problème de santé, le gain financier (bénéfice) que représente l'absence du problème peut être étayé par les données relatives aux coûts y correspondant.

2.2.3 Analyse coût-efficacité (CEA)

Le terme analyse de rentabilité est souvent utilisé comme synonyme pour les évaluations économiques en général. Son emploi n'est pourtant correct que pour un type d'évaluation spécifique, dans lequel les coûts sont exprimés en unités monétaires et les effets en unités non-monétaires. Ceux-ci peuvent être, par exemple, les années de vie gagnées (calculée en modélisant des résultats moyens), le nombre de cas de maladies évités, des paramètres cliniques tels que la baisse de la pression sanguine ou du taux de cholestérol, les points sur l'échelle du stress, etc.

Centrée sur une évaluation unidimensionnelle des effets, l'analyse coût-efficacité n'est souvent pas satisfaisante pour l'évaluation des interventions de promotion de la santé et de santé publique, qui présentent généralement des effets multiples et en interaction les uns avec les autres.²² Reste pour y remédier la possibilité d'effectuer une analyse coût-conséquences (*cost-consequences analysis CCA*). La CCA se limite cependant à décrire les aspects coût et résultats, sans pour autant leur assigner une valeur claire. C'est pourquoi elle ne fait plus non plus partie des analyses économiques de la santé au sens propre (pour plus d'informations au sujet de la CCA cf. 2.2.6).

²² Hale et al., 2003, p. 40.

2.2.4 Analyse coût-utilité (CUA)

L'analyse coût-utilité est une forme particulière de l'analyse coût-efficacité. On y retrouve l'expression monétaire des coûts et non-monétaire des effets, en tant que valeur utile. La valeur utile révèle la préférence pour un état de santé déterminé. On définit en général des valeurs entre 0 (mort) et 1 (santé parfaite). Ceci signifie que l'on rajoute à l'unité «années de vie gagnées» l'appréciation qualitative de ces années de vie. Ces dernières sont désignées par l'abréviation QALY (quality adjusted life years; années de vie corrigées qualitativement). Cinq années de vie gagnées dont la valeur utile est 0,7 correspondent alors à 3,5 QALY. Celles-ci peuvent être comparées au nombre d'années de vie gagnées dans un autre état de santé. La valeur utile peut être déterminée au moyen de divers processus d'enquête et de mesure.

Dans l'analyse coût-utilité, on procède par une normalisation des effets (QUALY). Ceci rend possible, même sur la base d'une pluralité d'indicateurs, d'effectuer des comparaisons à grande échelle au sein du système de santé. Les résultats des analyses coût-utilité peuvent être résumés en classements (league tables). Aux premiers rangs se situent les mesures permettant d'obtenir un QALY pour un coût relativement bas et les dernières places sont occupées par les actions présentant une valeur utile faible.²³

2.2.5 Récapitulation des quatre types d'évaluation économique

Voici représentés de manière schématique les différents types d'évaluation économique:

Schéma 5

Vue d'ensemble des méthodes d'évaluation économique

Méthode d'évaluation économique	Mesure des coûts	Mesure des résultats/effets
Analyse de la minimisation des coûts (CMA)	Valeur monétaire	Effet identique (le résultat des différentes interventions n'est de ce fait pas mesuré séparément)
Analyse coût-bénéfice (CBA)	Valeur monétaire	Valeur monétaire
Analyse coût-efficacité (CEA)	Valeur monétaire	Unités naturelles (années de vie gagnées, paramètres cliniques, etc.)
Analyse coût-utilité (CUA)	Valeur monétaire	QALY

²³ Schöffski et Greiner, 2000, pp 376–379.

Nous ne pouvons aborder ici la question de la transposabilité des résultats des analyses coût-utilité.

Il faut aussi prendre en considération le fait que l'utilité d'une intervention évolue rarement de manière linéaire. La rentabilité ne vaut, en tant qu'analyse des coûts marginaux, que pour la prochaine unité monétaire supplémentaire dépensée. Nous citerons ici Schöffski et Greiner, 2000, p. 377: «Plus on met en place de programmes pour l'arrêt du tabagisme, plus l'efficacité de chaque programme supplémentaire est mauvaise. Le premier programme anti-tabac permettra de convaincre un nombre relativement important de personnes d'arrêter de fumer, le gain en QALYs y sera relativement élevé. Dans le programme suivant, on doit déjà traiter des cas plus compliqués et de personnes ne souffrant pas autant du fait de fumer. Pour un coût équivalent, le succès du second programme (mesuré en QALY) sera moindre, les coûts par QALY seront donc supérieurs.»

On emploie généralement dans les différents types d'évaluation les composantes de coût et de bénéfice suivantes:²⁴

Schéma 6

Composantes de coût et de bénéfice de l'évaluation économique

	Coûts	Conséquences/effets
CMA	Coûts directs	Efficacité
CBA	Coûts directs, indirects et intangibles	Bénéfice direct, indirect et intangible
CEA	Coûts directs (et indirects)	Efficacité
CUA	Coûts directs (et indirects)	QALY

Le choix du type d'évaluation dépend des données disponibles quant aux effets (resp. des possibilités de les obtenir) et de la question posée.²⁵ S'il s'agit de savoir si une intervention est bénéfique, on a recours à une CBA. On obtient le bénéfice net en déduisant les coûts du bénéfice monétaire. Dans le système de santé, les résultats ne sont évaluables en unités monétaires que dans un nombre restreint de cas, ce qui a pour conséquence que les analyses coût-bénéfice (CBA) ne sont que rarement effectuées.

A la question de savoir si une intervention en vue d'un résultat déterminé présente un intérêt économique supérieur à une autre, on répond au moyen d'une analyse coût-efficacité (CEA). Les coûts de l'intervention sont mis en rapport avec son utilité et comparés ($C1/U1$ est comparé à $C2/U2$, C étant le coût et U l'utilité, cette dernière étant mesurée en unités naturelles). Avec cette méthode, on calcule l'utilité relative d'une intervention par rapport à une autre.

Lorsqu'il s'agit de déterminer si l'utilité pour la santé, exprimée en QALYs, justifie l'intervention, il faut effectuer une CUA. Les coûts par QALY d'une certaine intervention peuvent ensuite être comparés aux coûts par QALY d'une autre intervention.

Il convient, dans la mesure du possible, d'inclure à la comparaison l'intervention considérée comme la plus efficace ayant été menée jusqu'alors. Elle n'est cependant souvent pas connue et on se réfère de ce fait à celle exécutée habituellement ou à une autre intervention établie poursuivant le même objectif. La comparaison requiert de prêter attention aux points suivants:²⁶

- L'intervention de référence concernait-elle la même population ou un groupe similaire? Il est permis de supposer que les coûts et les effets diffèrent vraisemblablement d'une population à l'autre.
- Les coûts ou l'efficacité sont-ils modifiés par la prévalence du problème de santé? Le taux de prévalence est-il le même? Ainsi les entreprises dont les employés présentent moins de symptômes de stress peuvent éventuellement atteindre une diminution du nombre de points moindre pour l'élément mesuré que celles dont les employés font état d'un nombre plus élevé de symptômes de stress.
- Les ressources qu'une intervention a nécessitées à un endroit donné sont-elles transposables à la situation locale, régionale ou nationale? C'est la question de la validité externe.

²⁴ Cf. à ce propos également la représentation de Schöffski et Uber, 2000, pp 202s.

Les coûts et bénéfices intangibles sont le plus souvent estimés par la méthode «willingness-to-pay». Cf. op. cit., p. 192 et Schöffski, 2000, p. 295-306. Dans la CMA on ne prend généralement en considération que les coûts du traitement. Cf. Luce et Elixhauser, 1990, p. 38.

²⁵ Hale et al., 2003, p. 15.

²⁶ Hale et al., 2003, p. 19.

Ces questions montrent à quel point il est difficile d'effectuer des analyses de rentabilité dans le domaine de la santé publique. Dans la plupart des cas, on ne dispose pas de données suffisantes pour pouvoir se baser sur une intervention de référence. On utilise pour cette raison aussi comme groupe de référence «pas d'intervention», autrement dit on compare *intervention* et *ne rien faire*.

2.2.6 Analyse coût-conséquences

L'analyse coût-conséquences (*cost-consequences analysis CCA*) offre encore une autre possibilité. Les différents résultats induits par une mesure de prévention et de promotion y sont mentionnés côte à côte (et non agrégés en un résultat global) et comparés aux coûts de l'intervention. Elle ne fait pas à proprement parler partie des évaluations économiques, car seule une mise en balance subjective des coûts et des résultats est possible. Cette méthode fournit une description des coûts et des conséquences et est de ce fait une méthode descriptive.

La CCA est cependant adaptée aux interventions de santé publique, lorsqu'il s'agit d'appréhender toute la palette des effets des interventions dans le domaine de la santé. Dans la CCA se trouvent représentés les coûts et tous les résultats. Ces derniers n'y sont pas rassemblés en une mesure d'efficacité unique. Cette méthode a donc comme inconvénient que l'efficacité ne peut de ce fait pas être classée (bénéfice relatif comparé à une autre intervention respectivement à l'absence d'intervention) et qu'une synthèse générale des bénéfices et des coûts n'est pas possible. Ces études se révèlent malgré cela aptes à apporter des informations fondamentales pour la prise de décision. Elles peuvent apprécier subjectivement les différents résultats et fixer des priorités. Une comparaison entre des interventions alternatives est possible en mettant en balance les différents composants. Il est toutefois également possible de réaliser sur la base d'une CCA une analyse coût-efficacité (CEA), en sortant les résultats du cadre de la CCA et en les comparant.²⁷

2.3 PERSPECTIVE

On appelle perspective le point de vue à partir duquel sont saisis les coûts et les bénéfices. Le résultat de l'évaluation économique dépend donc essentiellement de la perspective de l'analyse, car celle-ci détermine quels coûts et bénéfices devront être pris en compte. Parmi les perspectives classiques, on peut citer:

- le patient
- le fournisseur de prestations (par ex. hôpital, médecin indépendant)
- l'organisme de remboursement des prestations (par ex. assurance maladie)
- la société (perspective macro-économique)

Du point de vue des patients, par exemple, certains coûts ne jouent aucun rôle parce qu'ils ne doivent pas les payer eux-mêmes (par ex. séjour hospitalier).

La perspective macro-économique doit être choisie en particulier pour les interventions de santé publique. Elle est la plus générale et prend en considération les composantes de coût et de bénéfice indépendamment de la personne qui les paie ou les reçoit. Une autre perspective peut alors facilement être obtenue en ôtant ou ajoutant certaines composantes. Dans le cadre des interventions de promotion de la santé en entreprise, on peut ainsi par exemple tenir compte de la perspective de l'employeur.²⁸

²⁷ Kelly et al., 2005, pp 3s.

²⁸ Greiner et Schöffski, 2000, pp 206ss.

2.4 ACTUALISATION

Les coûts et les bénéfices d'une intervention correspondent en règle générale à des moments différents. Ceci vaut particulièrement pour les interventions de promotion de la santé et de prévention, dans lesquelles le bénéfice n'est souvent perceptible que des décennies plus tard. L'individu et la société ne sont pour autant pas indifférents au moment où doivent survenir les coûts et les bénéfices. Les coûts sont volontiers remis à plus tard, tandis que le bénéfice devrait apparaître le plus rapidement possible. C'est pourquoi il est nécessaire lors de l'analyse d'actualiser les coûts et les bénéfices au jour présent.

Le choix du taux d'actualisation a sur le résultat une influence qui augmente constamment avec la longueur de la période de temps considérée (effet des intérêts composés). Certains pays prescrivent des taux d'actualisation obligatoires pour les analyses économiques.²⁹ Il est fixé à 5% dans de nombreux Etats. Il est possible de contrôler les effets des différents taux sur le résultat au moyen d'analyses de sensibilité (cf. 2.5).

Il existe parmi les économistes de la santé une controverse quant au choix du taux d'actualisation approprié. La question de savoir avant tout quelles composantes de coûts et de bénéfice doivent être actualisées et s'il faut appliquer le même taux aux coûts et à l'utilité est néanmoins beaucoup plus importante.³⁰ La plupart des spécialistes s'accordent sur le fait que tous les coûts monétaires doivent être actualisés; quant aux coûts non-monétaires, et surtout au bénéfice non-monétaire, cette opinion n'est cependant plus partagée par tous. On se demande par exemple s'il faut aussi actualiser les années de vie gagnées. Greiner et Schöffski proposent dans le cadre des débats comme procédé pragmatique d'actualiser tous les coûts et bénéfices monétaires, à l'exclusion des autres effets. Il faudrait toutefois établir simultanément un décompte accessoire, dans lequel ces autres effets seraient également actualisés. Cela rendrait ainsi possible une comparaison entre deux résultats alternatifs, parmi lesquels le mandataire de l'étude pourrait choisir celui qui correspondrait le mieux à ses attentes. Dans le cas où l'actualisation aboutirait à une inversion des résultats, on pourrait remettre en question son bien-fondé dans le cas concret.³¹

L'actualisation – et surtout le taux d'actualisation – ont d'importantes répercussions sur le résultat des évaluations économiques des programmes de promotion de la santé et de prévention, de par le fait que, comme dit plus haut, le bénéfice n'apparaît souvent que dans un futur éloigné. Ainsi par exemple, un bénéfice de CHF 1000.– perceptible après 10 ans représente, à un taux d'actualisation de 3,5%, une valeur actuelle de CHF 708.92. Si le bénéfice n'est perceptible qu'au bout de 60 ans, sa valeur actuelle n'est que de CHF 126.93. Il a pour cette raison déjà été évoqué que l'actualisation défavorise les programmes de promotion de la santé.³²

La formule d'actualisation est:³³

$$\text{Valeur actualisée} = \sum_{t=1}^n \frac{C_t}{(1+a)^t}$$

C_t = coût (resp. bénéfice) dans la période t

a = taux d'actualisation

n = période de temps

²⁹ Ceux-ci sont par ex. recensés dans Leidl et al. 1999, Tab. Übersicht über die derzeit bestehenden gesundheitsökonomischen Leitlinien.

³⁰ Cf. à ce sujet par ex. Brouwer et al., 2005.

³¹ Greiner et Schöffski, 2000, pp 215–223.

³² Hale et al., 2003, p. 34. Cet exemple y est présenté.

³³ Greiner et Schöffski, 2000, p. 216.

Si le bénéfice correspond à un moment déterminé et n'est pas, comme dans l'exemple ci-dessus, réparti sur plusieurs années de manière inégale, on peut appliquer une formule plus simple:³⁴

$$\text{Valeur actualisée} = \frac{C_t}{(1+a)^t}$$

Un bénéfice de santé publique n'apparaît en réalité que rarement à un moment isolé, il aura probablement plutôt tendance à s'échelonner irrégulièrement sur de nombreuses années.

Lorsque la période d'évaluation dure moins qu'une année, respectivement quand les effets apparaissent dans une courte période de temps, il est permis de renoncer à une actualisation.³⁵

Au sujet de l'actualisation d'interventions de promotion de la santé ou de santé publique, on se demande également toujours quelle valeur intangible a en soi la non-survenance d'une maladie pour la société (et naturellement aussi pour l'individu) et dans quelle mesure ce bénéfice peut être intégré à l'actualisation.³⁶

Pour analyser les effets de l'actualisation, il est également possible de varier les taux d'actualisation (par ex. 2,5%, 5% et 10%). Ceci s'effectue dans le cadre des analyses de sensibilité.

2.5 ANALYSE DE SENSIBILITÉ

Les analyses de sensibilité sont des procédés mathématiques qui étudient les incidences d'hypothèses incertaines, telles qu'elles doivent aussi souvent être formulées dans une évaluation économique. Cela concerne tant les effets que les coûts. Pour une analyse coût-bénéfice, on peut par exemple varier les QALYs. Les analyses de sensibilité sont le plus souvent effectuées lorsque les coûts ne reposent pas sur des données *bottom-up* et que la mesure des effets provient d'un autre groupe de population. A travers une variation de certaines hypothèses on obtient des résultats alternatifs, pouvant ensuite être comparés les uns aux autres. Ceci permet de tester l'influence des hypothèses de départ sur le résultat. Si l'on augmente par exemple l'effet prévu de x%, le résultat est modifié de plus ou moins y%.³⁷

Dans les cas où les analyses de sensibilité produisent des changements importants dans les résultats des évaluations économiques, l'interprétation des données requiert davantage de prudence que lorsque ce genre de manipulation a un effet limité sur le résultat.³⁸

Les analyses de sensibilité sont également effectuées dans le cadre de l'actualisation, comme décrit au chapitre 2.4.

³⁴ Hale et al., 2003, p. 34.

³⁵ Evers et al., 1997, p. 170. Selon le CRD Report Number 4, l'actualisation est indiquée lorsque la période étudiée dépasse deux ans. Cf. op. cit. 2001, Phase 7, p. 21.

³⁶ Cf. à ce propos également les réflexions concernant l'actualisation des interventions de promotion de la santé et de prévention de Barbara Federspiel dans le rapport «Poids corporel sain» au chap. 2.6.2.

³⁷ Cf. à ce sujet Siebert et al., 2000, pp 114s.; Greiner et Schöffski, 2000, pp 223-226 et Hale et al. 2003, p. 37. Le maniement des incertitudes est expliqué en détail chez Briggs, 2001, pp 172-214.

³⁸ Evers et al., 1997, p. 170.

2.6 MODÉLISATION

Un modèle donne toujours une image incomplète et simplifiée d'une réalité complexe. La modélisation comprend un grand nombre de techniques permettant d'extrapoler et de transformer les résultats d'une enquête (par ex. l'espérance de vie déduite de différents résultats). Dans l'évaluation économique, un modèle est souvent constitué d'une structure mathématique représentant, pour divers scénarios, les effets sanitaires ou économiques sur le plan individuel des patients ou celui de l'ensemble de la population.

Un modèle peut relier les données de différentes sources, en formulant certaines hypothèses, par exemple quant à l'importance et à la durée d'un certain risque pour la santé, à l'effet bénéfique d'un traitement (resp. d'une mesure de prévention) ou à l'utilisation des ressources.

Les résultats typiques de la modélisation sont l'espérance de vie ou les coûts extrapolés sur l'espérance de vie totale. Il est aussi possible de modéliser l'espérance de vie sur la base de résultats intermédiaires (de substitution).³⁹

Etant donné que le bénéfice pour la santé des programmes de promotion de la santé et de prévention n'apparaît généralement qu'au bout de plusieurs années et que l'on travaille souvent avec des résultats intermédiaires, les techniques de modélisation s'avèrent particulièrement adaptées à ce domaine. La qualité des résultats dépend cependant toujours de celle des hypothèses de départ. Il faut également tenir compte du fait que la qualité des données de base a une influence fondamentale sur les résultats de la modélisation.

2.7 QUESTION DE L'ÉQUITÉ

Le critère principal d'une évaluation économique est la rentabilité. La majorité des analyses prenant comme perspective la société incluent les ressources utilisées à l'examen indépendamment des entités qui les génèrent et les bénéfiques sans égard aux personnes auxquelles ils incombent. Dans cette perspective, un programme doit être soutenu s'il s'avère plus rentable qu'un autre. Cette approche ne tient pas compte de la répartition des coûts et des bénéfices. Or, le bénéfice d'une intervention ne profite souvent pas à tous les membres de la société dans une même mesure. Les bénéficiaires d'une mesure de promotion de la santé ou de prévention sont parfois déjà les plus favorisés sur le plan socio-économique. La question de l'équité devrait de ce fait toujours être prise en considération dans l'évaluation de la rentabilité, quand bien même il n'existe pas de règles déterminant dans quelle mesure cette question doit être intégrée à l'évaluation.⁴⁰

³⁹ Szucs, 1997, p. 128s. et Kuntz et Weinstein, 2001, pp 141s. Pour des indications plus approfondies au sujet de la modélisation dans l'évaluation économique cf. Kuntz et Wettstein, 2001, pp 141-171.

⁴⁰ Hale et al., 2003, pp 38, 40.

2.8 FORCE PROBANTE DES ÉVALUATIONS ÉCONOMIQUES

Par analogie à la hiérarchie des preuves des analyses d'efficacité (chap. 2.2), le NHS Centre for Reviews and Dissemination propose une hiérarchie des preuves pour les évaluations de rentabilité.⁴¹

Schéma 7

Hiérarchie des éléments probants en économie

Niveau	Description
1.	Évaluation d'interventions alternatives comparant tous les résultats importants avec les coûts mesurés de manière adéquate et effectuant une analyse de sensibilité.
2.	Évaluation d'interventions alternatives comparant une part limitée des résultats avec les coûts mesurés de manière adéquate et effectuant une analyse de sensibilité.
3.	Évaluation d'interventions alternatives, comparant tous les résultats importants avec les coûts mesurés de manière non-adéquate et effectuant une analyse de sensibilité.
4.	Évaluation sans analyse de sensibilité.
5.	Avis d'experts sans évaluation critique, basée sur une théorie économique.

Cette hiérarchie des preuves de l'évaluation économique n'est pourtant pas aussi largement établie que celle de la hiérarchie des preuves des analyses d'efficacité. L'un des problèmes est le fait que les différentes analyses tirent leurs données sur l'efficacité (par ex. méta-analyse ou RCT unique) et sur les coûts de sources différentes, ce qui a une influence sur les résultats. De plus ce schéma ignore les questions de la possibilité d'une généralisation des résultats à d'autres contextes géographiques ou politiques et celle de la durée de la période pendant laquelle les coûts et les bénéfices sont observés.⁴² L'application pratique de la hiérarchie des preuves de l'évaluation économique est pour ces raisons difficile.

⁴¹ Conformément à la hiérarchie des preuves dans l'analyse économique du CRD Report number 4, 2001, phase 5, p. 16. Une représentation encore plus différenciée de la hiérarchie des preuves dans l'analyse économique se trouve chez Coyle et Lee, 2002, p. 57.

⁴² Coyle et Lee, 2002, pp 56–65. Pour des explications plus détaillées à ce sujet cf. op. cit.

2.9 BIBLIOGRAPHIE

Aidelsburger, P.; Felder, S.; Siebert, U.; Wasem, J.; en collaboration avec Greiner, W., et Leidl, R. (2003). Gesundheitsökonomische «Kurz-HTA-Berichte»: Eine Systematische Übersichtsarbeit zur Methodik und Implementation. Dans: Health Technology Assessment. Editeur: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DAHTA@DIMDI). Cologne.

Briggs, Andrew H. (2001 [2nd Ed. 2004]). Handling Uncertainty in Economic Evaluation and Presenting the Results. Dans: Economic Evaluation in Health Care, édité par Michael F. Drummond et Alistair McGuire, 172–214. Oxford: Oxford University Press.

Coyle, Douglas and Lee, Karen M. (2002). Evidence-Based Economic Evaluation: How the Use of different Data Sources can impact Results. Dans: Evidence-Based Health Economics, édité par Cam Donaldson, Miranda Mugford et Luke Vale, 55–66. Londres: BMJ Books.

CRD Report Number 4, [2nd Edition]. (2001). Undertaking Systematic Reviews on Research on Effectiveness: CRD's Guidance for those carrying out or commissioning Reviews, édité par University of York NHS Centre for Review and Dissemination. York: NHS Centre for Review and Dissemination, University of York.

Donaldson, Cam; Mugford, Miranda et Vale, Luke. (2002 a). Using Systematic Reviews in Economic Evaluation: The Basic Principles. Dans: Evidence-Based Health Economics, édité par Cam Donaldson, Miranda Mugford et Luke Vale, 10–24. Londres: BMJ Books.

Drummond, Michael F.; O'Brien, Bernie; Stoddart, Greg L. and Torrance, George W., eds. (1997). Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 2^e éd. Oxford: Oxford University Press.

Evers, S. M. A. A.; Van Wijk, A. S. et Ament, A. H. A. (1997). Economic Evaluation of Mental Health Care Interventions. A Review. Health Economics 6, 161–177.

Greiner, W. (2000). Die Berechnung von Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen. Dans: Gesundheitsökonomische Evaluation. Editeurs: Oliver Schöffski et J.-Matthias Graf von Schulenburg, 159–173. Berlin: Springer.

Greiner, W. et Schöffski, Oliver. (2000). Grundprinzipien einer Wirtschaftlichkeitsuntersuchung. In: Gesundheitsökonomische Evaluation. Editeurs: Oliver Schöffski et J.-Matthias Graf von Schulenburg, 205–229. Berlin: Springer.

Hale, Janine; Cohen, David; Ludbrook, Anne; Phillips, Ceri; Duffy, Mary et Parry-Langdon, Nina. Moving from Evaluation into Economic Evaluation: A Health Economics Manual for Programmes to Improve Health and Well-Being. Health Promotion Wales. On behalf of the UK Health Promotion and Health Economics Forum, 2003 [cité 21.07.2005.]

Disponible sous <http://courses.essex.ac.uk/hs/hs915/health%20economic%20evaluation%20manual.pdf> & <http://www.hpw.wales.gov.uk/English/topics/health%20economics%20manual/manual.pdf>.

Kelly, Michael P.; McDaid, David; Ludbrook, Anne and Powell, Jane. Economic Appraisal of Public Health Interventions NHS Health Development Agency, 2005 [cité 6.9.2005.]

Disponible sous <http://www.publichealth.nice.org.uk/page.aspx?o=513209>.

NHMRC. (2001). How to Compare the Costs and Benefits: Evaluation of the Economic Evidence. Handbook Series on Preparing Clinical Practice Guidelines: National Health and Medical Research Council.

Rootman, Irving et al. A framework for health promotion evaluation. Dans: Rootman et al. (Eds.). (2001). Evaluation in health promotion. 7–38. Danemark: WHO Regional Publications.

Schöffski, Oliver et Greiner, W. (2000). Das QALY-Konzept zur Verknüpfung von Lebensqualitätseffekten. Dans: Gesundheitsökonomische Evaluation. Editeurs: Oliver Schöffski et J.-Matthias Graf von Schulenburg, 367–399. Berlin: Springer.

Schöffski, Oliver, et Uber, A. (2000). Grundformen gesundheitsökonomischer Evaluationen. Dans: Gesundheitsökonomische Evaluation. Editeurs: Oliver Schöffski et J.-Matthias Graf von Schulenburg, 175–203. Berlin: Springer.

Siebert, U.; Mühlberger, N. and Schöffski, Oliver. (2000). Desk Research. Dans: Gesundheitsökonomische Evaluation. Editeurs: Oliver Schöffski et J.-Matthias Graf von Schulenburg, 79–122. Berlin: Springer.

Stewart-Brown, S. (2001). Evaluation health promotion in schools: reflections. Dans: Rootman et al. (Eds.). (2001). Evaluation in health promotion. 271–284. Danemark: WHO Regional Publications.

Szucs, Thomas D. (1997). Medizinische Ökonomie. Eine Einführung. München: Urban & Vogel.

3. Résumé du rapport «Poids corporel sain»: perspective économique

Barbara Federspiel

3.1 INTRODUCTION

Ce rapport est consacré en priorité aux thèmes surpoids et obésité. Ces thèmes dominent aussi la documentation (économique) de la promotion de la santé et de la prévention dans le domaine du poids. Les troubles du comportement alimentaire caractérisés par un sous-poids ne sont traités dans le rapport que dans la mesure où l'on trouve des ouvrages économiques voués à la promotion de la santé et à la prévention dans ce domaine.

Au cours des dernières décennies, le nombre de personnes présentant un surpoids a constamment augmenté dans les pays industrialisés. La progression de ce phénomène est préoccupante non seulement chez les adultes mais aussi chez les enfants et les adolescents. La problématique du surpoids n'apparaît dans toute sa dimension que lorsque l'on tient compte des comorbidités qu'il implique. L'excès de poids corporel aggrave nettement le risque de développer diabète, maladies de la vésicule biliaire, hypertension artérielle, maladies cardiaques, cancer ou problèmes de dos. La perte de qualité de vie en résultant ainsi que le fardeau économique du surpoids et de l'obésité sont des problèmes importants dans les sociétés occidentales. L'OMS recommande en conséquence comme contre-mesure d'intensifier les stratégies et programmes globaux promouvant l'alimentation saine et l'activité physique.

Les coûts directs du surpoids et de l'obésité représentent selon différentes études entre 2 et 7% des dépenses nationales pour la santé. Viennent s'y rajouter les coûts indirects, parfois substantiels, provoqués par l'absentéisme et la mortalité précoce. Les analyses des coûts diffèrent cependant considérablement quant à la méthode, mais aussi quant au nombre de comorbidités prises en compte [4–18] et sont de ce fait difficilement comparables. Il n'existe pour la Suisse pas de données certaines, un calcul approximatif aboutit à des coûts directs de 1077 à 1615 millions de francs par an.

3.2 REVUE

Les experts s'accordent sur le principe qu'une revue élargie de la promotion de la santé devrait comprendre, outre les publications de journaux peer-reviewed, également des rapports d'organisations de la santé et de conférences, ainsi que des avis d'experts. Les sources suivantes ont donc été incluses à la recherche bibliographique:

- Recherche approfondie de documentation au moyen du système de bases de données DataStar dans les banques de données bibliographiques MEDLINE et SciSearch pour la période 1990–2005. Les auteurs ont cherché à couvrir le thème «problèmes de poids» de la manière la plus complète possible. Mots-clés, resp. catégories de mots-clés: obesity, body weight/body weight changes, overnutrition, etc., avec une limitation aux aspects économiques.
- Rapports d'organisations de la santé respectivement d'autres organisations. Celles-ci ont été contactées directement.
- Documentation tirée de rapports de congrès.
- Avis d'experts, que ce soit du domaine de l'économie de la santé ou de la santé publique.
- Recherches manuelles et par citations.

L'évaluation méthodologique des études a été effectuée d'après des schémas standardisés par trois spécialistes des domaines de l'économie, de la sociologie et de la médecine, participant à la rédaction du rapport.

3.3 RÉSULTATS ET COMMENTAIRES

Il n'existe qu'un nombre restreint d'évaluations économiques des interventions de promotion de la santé et de prévention en matière de poids corporel.

Deux études menées simultanément (aux Etats-Unis et en Finlande) ont pu mettre en évidence une réduction marquée de l'incidence du diabète suite à une intervention sur le mode de vie. Dans l'une de ces études, les coûts ont été évalués concrètement et l'on a ainsi démontré une rentabilité impressionnante. Dans une perspective à long terme, l'intervention permet des économies chez les personnes de moins de 45 ans. Elle se révèle cependant aussi rentable pour les patients plus âgés, en comparaison avec les thérapies établies.

Dans le domaine de la prévention primaire et secondaire, auprès des enfants et des adolescents, deux interventions (Planet Health, USA, et KOPS, Allemagne) ont fait preuve d'une efficacité modérée à haute. On dispose pour ces études de données relatives aux coûts de l'intervention. Ceux-ci s'élèvent pour Planet Health à 14 \$ par participant à l'étude, KOPS les évalue à 11 EUR par enfant et par année. En matière de promotion de la santé en entreprise, on a pu démontrer pour les programmes à composantes multiples, visant plusieurs facteurs de risque, un retour sur investissement entre 2:1 et 10:1. Les entreprises devraient, sur la base de ces résultats, être motivées à mettre sur pied ce type de programmes. Du point de vue de l'efficacité, il s'est avéré que les programmes à composantes multiples sont en règle générale meilleurs que les interventions unidirectionnelles.

Des études expérimentales aboutissent pratiquement à la conclusion que le prix des aliments pauvres en matières grasses peut facilement être modifié et que ces aliments se prêtent donc particulièrement bien à des interventions sur les prix. Du fait que les aliments à fort apport énergétique tels que les graisses, les huiles et le sucre ont vu, au cours des dernières décennies, leur prix diminuer constamment en comparaison avec les aliments sains pauvres en énergie et qu'ils sont aujourd'hui de surcroît les moins chers par unité de valeur énergétique, il existe une possibilité d'influencer le comportement alimentaire par une politique des prix ciblée (pricing). L'immission consciente dans le système des prix en faveur des produits sains fait passer le principe d'un changement de comportement au moyen d'appels à l'établissement d'une incitation économique. Le pricing appartient donc au domaine de la prévention du comportement. Ceci offre une approche digne d'être mise à l'épreuve, en particulier auprès des jeunes.

Il existe très peu d'évaluations économiques des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie), en particulier de leur prévention. La signification macro-économique de ces maladies est plus faible que celle de la problématique de l'obésité (de par leur prévalence plus faible). Les thérapies souvent longues et intensives peuvent cependant engendrer des coûts élevés pour les porteurs de frais. Les approches thérapeutiques présentent une forte variabilité, avec des coûts de traitement y relatifs différents. On ne dispose jusqu'à présent d'aucune preuve scientifique attestant l'efficacité de programmes de prévention. Il a été postulé que les mesures visant un bilan énergétique équilibré et une activité physique adéquate pouvaient avoir un effet préventif tant sur l'obésité que sur l'anorexie et la boulimie.

3.4 RECOMMANDATIONS

En raison des coûts élevés inhérents au surpoids et à l'obésité, il est nécessaire de faire de la prévention du surpoids chez les enfants l'une des premières priorités. Il faut promouvoir et revendiquer des programmes s'adressant aux jeunes et aux adolescents.

Les données de l'économie de la santé relatives à la prévention des comorbidités (surtout du diabète) au sein des groupes à risque (personnes en surpoids avec pré-diabète) mettent en évidence l'intérêt de mettre sur pied des programmes d'intervention s'adressant à cette population. Les résultats impressionnants (en termes d'efficacité et de rentabilité) des études couronnées de succès doivent être portés à la connaissance de la population, mais également des spécialistes (marketing social).

Outre les programmes ayant pour objectif un changement du comportement des individus, la prévention contextuelle est elle aussi absolument nécessaire. Pour ce qui est des aliments, les approches de pricing semblent prometteuses et devraient être examinées sérieusement.

Les données suisses sur les risques relatifs de comorbidités en relation avec le BMI et l'activité physique peuvent, d'une part, servir de base à une étude valable des coûts de l'obésité et de point de référence pour l'évaluation économique de stratégies futures.

Il est nécessaire d'élaborer des standards suisses pour l'évaluation économique d'interventions de santé publique. Les évaluations économiques complètes sont particulièrement à encourager, ainsi qu'une évaluation économique conséquente de tous les projets.

Il n'est pas suffisant de démontrer, pour les différences socio-économiques connues dans les domaines du poids corporel et de l'activité physique, qu'un certain pourcentage de la population présente un BMI inférieur ou exerce une activité physique plus intense. Il paraît également important de déterminer quelles couches sociales sont atteintes par une intervention.

En Suisse, il faut soutenir la coordination des divers programmes de prévention. En effet, ce n'est qu'ainsi qu'il est possible d'utiliser les ressources personnelles, d'infrastructures et financières directes de manière optimale, sans se limiter au cadre des organisations ou des cantons.

4. Résumé du rapport «Santé psychique – stress»: perspective économique

Liselotte Schug

4.1 INTRODUCTION

Les maladies psychiques, en particulier les dépressions unipolaires, sont largement répandues. On suppose que le fardeau des maladies engendrées par la dépression s'aggravera au cours des prochaines années et qu'elle deviendra alors la deuxième source la plus importante de DALYs (disability-adjusted life years)⁴³, après les maladies cardiaques ischémiques. Dans la région européenne, 20% des DALYs sont aujourd'hui déjà causés par des maladies psychiques. Une étude montre qu'en Suisse, pas moins de 7% des DALYs sont imputables aux dépressions unipolaires. La fréquence des maladies psychiques s'exprime également par le fait que, dans la région européenne, une personne sur quatre traverse durant sa vie une phase de maladie psychique.

Les dépressions unipolaires, ainsi que d'autres troubles et maladies psychiques, ont des causes multiples. Il apparaît cependant que certaines formes de stress constituent des déterminants essentiels de troubles de la santé, y compris des maladies psychiques. Il est essentiel de développer des interventions de promotion de la santé et de prévention efficaces, agissant sur le déterminant de la santé stress, si l'on veut pouvoir minimiser la charge future des maladies.

Outre les souffrances physiques et psychiques, la charge économique que représentent les maladies psychiques pour l'individu, la famille concernée et la société dans son ensemble est énorme. On estime que ces coûts sociaux s'élèvent à 3–4% du produit national brut dans les Etats de l'Union européenne. Ce sont surtout les coûts indirects, provoqués par la perte de productivité, qui alourdissent ce bilan. Ils sont plusieurs fois supérieurs aux coûts médicaux directs.

Le stress en tant qu'indicateur de santé intermédiaire, respectivement déterminant de la santé psychique, induit en soi des coûts macro-économiques élevés, tels qu'ils ressortent d'une étude de 2003 sur les coûts du stress au sein de la population active suisse: les coûts médicaux directs se montent à 1,86 milliard de francs suisses et les coûts indirects, induits par l'absentéisme et la perte de productivité, à 2,43 milliards de francs suisses. Ces coûts macro-économiques importants imposent eux aussi d'élaborer des interventions et stratégies de prévention efficaces (et, de plus en plus, aussi rentables) dans le domaine santé psychique – stress.

4.2 REVUE

Les auteurs de ce rapport ont effectué en juillet 2005 une recherche bibliographique sur les évaluations économiques dans le domaine de la promotion et de la prévention de la santé psychique depuis 1990, dans le MEDLINE ainsi que dans d'autres bases de données biomédicales et multidisciplinaires.

⁴³ DALY = somme des années de vie perdues en raison de mort précoce et de handicaps.

Ils n'ont découvert dans les journaux peer-reviewed que quatre études répondant aux trois critères d'inclusion que sont

- a) évaluation économique
- b) interventions de promotion de la santé ou de prévention
- c) domaine santé psychique et/ou stress

Ils en ont ensuite extrait les données les plus importantes. Une autre analyse, n'ayant pas (encore) fait l'objet d'une publication dans un journal peer-reviewed et satisfaisant aux trois critères d'inclusion, est également présentée dans le rapport.

4.3 RÉSULTATS ET COMMENTAIRES

Les évaluations économiques traitées divergent à tel point, de par le type d'évaluation, les questions étudiées, la situation, l'intervention, la population étudiée, la perspective, la mesure du résultat et le prélèvement des données relatives aux coûts, qu'il n'est pas possible de présenter une synthèse de leurs conclusions.

Une première analyse, coût-bénéfice, évalue un programme pour les personnes sans emploi. Des interventions dans le domaine de la promotion de la santé en entreprise font chacune l'objet d'une analyse coût-bénéfice doublée d'une analyse coût-efficacité et une autre analyse coût-efficacité étudie une intervention de promotion de la santé au sein d'une commune, pour les jeunes familles avec nouveau-nés.

Parmi ces études, trois ont été menées aux Etats-Unis et une en Grande-Bretagne, dans des situations très spécifiques. Une généralisation des résultats de ces diverses études, que ce soit quant à l'efficacité ou à la rentabilité, est difficile car tant l'effet que les coûts dépendent du contexte et de la situation. Ces études peuvent malgré tout fournir des indices pour des interventions potentiellement rentables. Ainsi, l'évaluation économique d'un programme de promotion de la santé en entreprise montre qu'un programme efficace de prévention du burn-out et de promotion du bien-être psychique peut entraîner des économies pour l'employeur, s'il permet d'éviter des flux de personnel non désirés.

Les études se basent toutes sur des mesures de résultats différentes, ce qui rend impossible de comparer l'efficacité des différentes interventions. De plus, le choix du critère de mesure des résultats et du moment adéquat pour les mesurer soulève quelques questions. Il serait utile d'élaborer au plan national et international des indicateurs unifiés pour la santé publique.

Les résultats finaux d'interventions de promotion de la santé et de prévention dans le domaine de la santé mentale n'apparaissent souvent qu'au bout de plusieurs années, voire décennies, après l'intervention et il n'existe jusqu'à présent pratiquement pas d'études basées sur le long terme. Il n'est possible de mesurer l'effet des programmes de promotion de la santé dans un futur proche que sur la base d'indicateurs intermédiaires. Les échelles d'évaluation des effets intermédiaires sur la santé, respectivement des déterminants de la santé, doivent être suffisamment sensibles pour permettre de mettre en évidence des changements, mêmes relativement minimes, au sein d'une population majoritairement saine.

L'emploi de résultats intermédiaires n'élimine pas la question de l'actualisation d'effets ultérieurs mais permet d'éviter le problème et l'influence du taux d'actualisation sur les résultats.

Dans la plupart des études que nous avons trouvées, il n'a pas non plus été nécessaire de procéder à une actualisation, car les effets y sont mesurés à court terme. Seule l'analyse coût-bénéfice du programme concernant les personnes sans emploi estime le bénéfice financier et l'actualise.

Les évaluations économiques dans le système de santé sont en majorité des analyses coût-efficacité car il est souvent difficile d'évaluer monétairement les effets des interventions. Les analyses coût-efficacité ont cependant comme inconvénient de ne permettre de comparer qu'un seul résultat à la fois. Or les interventions de promotion de la santé, produisent généralement plusieurs résultats pouvant être intéressants à examiner, de même que leur interaction. La diffusion sociale des effets (par ex. les effets externes que peut avoir le mode de vie d'un individu relativement à sa santé sur son environnement immédiat) n'est pratiquement pas intégrée à l'évaluation économique.

L'analyse coût-conséquences a été présentée comme une possibilité d'appréhender toute la diversité des effets d'interventions de promotion de la santé. Les coûts ainsi que l'ensemble des résultats y sont représentés. Ce type d'analyse n'est cependant pas une évaluation économique au sens strict, parce que le bénéfice relatif d'une intervention par rapport à une autre n'y figure pas, respectivement il ne permet pas de faire apparaître la rentabilité. Ces études peuvent cependant servir à livrer aux preneurs de décisions des informations quant aux coûts et conséquences de programmes de promotion de la santé. Elles permettent ainsi une mise en balance subjective des divers résultats et la détermination d'une priorité.

4.4 RECOMMANDATIONS

En raison du manque d'évaluations économiques dans le domaine santé psychique – stress, de la forte hétérogénéité des études examinées et de la problématique de la généralisation, il n'est à ce jour pas possible de formuler des recommandations globales pour des interventions rentables.

La recherche d'interventions efficaces doit figurer au premier plan, car elles seules peuvent en réalité aussi être rentables. Le choix d'indicateurs intermédiaires d'efficacité est également prioritaire. De plus, il est nécessaire d'œuvrer en vue de l'élaboration de standards nationaux et internationaux, permettant la réalisation d'évaluations économiques de bonne qualité des interventions de promotion de la santé.

Dans le domaine santé psychique – stress, l'absentéisme est certainement un critère de mesure des résultats possible et adéquat. Il prête bien à des buts de sensibilisation, parce qu'il permet de représenter expressément les coûts du problème sans avoir recours à une évaluation économique proprement dite.

S'il ne s'agit que d'estimer de manière approximative le rapport coût-efficacité, on peut évaluer la possibilité de transposer d'autres résultats d'études au contexte en question. Il faut cependant prendre garde au fait que l'aspect coût des évaluations économiques s'adapte plus aisément à une autre situation que l'aspect efficacité.

Par contre, si l'on souhaite une évaluation plus précise d'un contexte donné, il paraît judicieux de réaliser ses propres études.

Nous proposons à Promotion Santé Suisse les options suivantes pour juger de la rentabilité des interventions:

1. Analyses coût-conséquences lorsqu'il s'agit d'apprécier plusieurs résultats de l'intervention ne nécessitant pas d'être observés séparément.
2. Analyses coût-efficacité lorsqu'un résultat particulier doit être apprécié en particulier et que l'on souhaite comparer l'intervention avec d'autres ou avec *ne rien faire*.
3. Analyses coût-bénéfice lorsqu'il est possible d'exprimer le résultat en unités monétaires.

Pour conclure, nous aimerions souligner le fait qu'il est possible d'apprécier la rentabilité des interventions par de bonnes évaluations économiques. Ces informations doivent appuyer le processus de décision de l'allocation des ressources mais non pas le déterminer. D'autres facteurs, tels que les aspects politiques et éthiques doivent également être pris en compte.

5. Remarques concernant «Promotion de la santé et prévention»: perspective économique

Liselotte Schug

5.1 INTRODUCTION

Contrairement aux thèmes «poids corporel sain» et «santé psychique – stress», il n'a pas été trouvé de rapport d'efficacité (revue d'interventions efficaces) pour le thème «renforcer la promotion de la santé et la prévention». Le rapport «Renforcer la promotion de la santé et la prévention» de François van der Linde⁴⁴ formule plutôt les défis dans le domaine de la promotion de la santé et fournit des recommandations pour les actions futures.

La recherche bibliographique sur le thème central «Renforcer la promotion de la santé et la prévention», a été centrée sur le terme «advocacy», car cette notion employée au niveau international est celle qui exprime le mieux le contenu de ce thème clé.

L'«Advocacy» (sensibilisation aux questions de santé) est définie par l'OMS comme suit:
«Ensemble d'actions individuelles et sociales visant à obtenir un engagement politique, le soutien politique, l'acceptation sociale et un appui de systèmes pour un but ou un programme relatif à la santé.» (OMS, 1995)⁴⁵

L'«advocacy» emploie à cet effet différentes formes et méthodes, par ex. l'utilisation de mass media, lobbying politique direct, mobilisation de la population à travers des communautés d'intérêts, etc. Le terme «sensibilisation» englobe donc diverses aptitudes et actions mises en œuvre pour entraîner un changement de perception d'un thème (dans le cas présent la santé, respectivement les déterminants de la santé) et en fin de compte aussi un changement dans le comportement ou les décisions de la population visée, souvent aussi des preneurs de décisions (politiciens, par exemple).

L'étendue de la notion de sensibilisation et le fait qu'il n'a pas été trouvé de revues d'efficacité pour les interventions de sensibilisation dans le domaine de la promotion de la santé ou des interventions de santé publique, laissaient déjà supposer qu'il n'existe pratiquement pas d'évaluations économiques sur ce thème.

Lors des entretiens avec les personnes de contact concernées par les domaines de la promotion de la santé et de l'évaluation économique, des doutes ont également été émis quant à la possibilité de réaliser des évaluations économiques pour les interventions de sensibilisation, celles-ci étant relativement complexes et ne visant le plus souvent pas un résultat unique mais un processus pluridimensionnel. Les interventions de sensibilisation sont en règle générale appréciées qualitativement, étant donné qu'elles peuvent habituellement difficilement être quantifiées.

Le point faible des évaluations économiques dans le domaine de la sensibilisation semble donc être la méthode de mesure de l'efficacité. **Or il n'y a pas d'évaluation de la rentabilité sans mesure de l'efficacité.**

⁴⁴ Van der Linde, François. Renforcer la promotion de la santé et la prévention: Fondements pour l'élaboration d'une stratégie «renforcer la promotion de la santé et la prévention» en Suisse. Pour Promotion Santé Suisse. Rapport non publié, 2005.

⁴⁵ Promotion Santé Suisse, Page d'accueil/Promotion de la santé/Glossaire.

Référence: Report of the Inter-Agency Meeting on Advocacy Strategies for health and Development: Development Communication in Action. WHO, Geneva, 1995. Egalement sous: WHO, Health Promotion Glossary, p. 5. Sur Internet URL: www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf [16.04.2006].

5.2 RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

Malgré la supposition que nous ne trouverions que peu ou pas du tout d'évaluations économiques d'interventions de sensibilisation, nous avons dans un premier temps effectué des recherches relativement étendues dans les bases de données économiques NHS EED, MEDLINE, les bibliothèques et sur Internet, pour tenter de nous procurer des évaluations économiques concernant la sensibilisation ou le lobbying dans les domaines de la promotion de la santé et de la santé publique. Nous n'y sommes pas parvenus. L'«advocacy» est certes utilisée comme élément des stratégies d'intervention, ce n'est pourtant pas l'efficacité de la stratégie de sensibilisation en elle-même qui est comparée aux coûts mais le but (par ex. un taux d'alcoolémie légal plus bas) de cette stratégie. Nous estimons qu'une recherche systématique, encore plus étendue, ne serait dans ces conditions ni utile ni appropriée.

5.3 DIFFICULTÉS DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE DES INTERVENTIONS DE SENSIBILISATION

Les évaluations économiques (analyse coût-bénéfice, analyse coût-efficacité et analyse coût-utilité) se basent sur une comparaison de l'investissement de ressources (coût) et du résultat de deux ou plusieurs interventions alternatives. Une analyse coût-utilité est certes possible sans comparaison, de par le fait que les ressources et le résultat sont évalués en unités monétaires. Dans le domaine de la sensibilisation, une évaluation monétaire semble cependant plutôt malaisée. La réalisation d'une analyse coût-efficacité, employant pour le résultat des unités d'efficacité non-monétaires, semble plus appropriée.

Dans les évaluations économiques, l'efficacité est le plus souvent évaluée au moyen d'analyses à haute valeur probante, par ex. des RCTs.⁴⁶ Cependant, dans le domaine de la sensibilisation, une randomisation n'est en général pas, ou que théoriquement, possible. La plupart des interventions de sensibilisation sont examinées dans des études de cas présentant un niveau de preuve inférieur. Ceci rend difficile une quantification des résultats et une comparaison avec d'autres interventions. L'analyse coût-efficacité évalue de plus toujours un seul résultat, alors qu'une intervention de sensibilisation en fait habituellement apparaître plusieurs. De plus, non seulement l'appréciation du résultat mais également celle du processus ont une importance pour ce type d'interventions.

La quête d'une mesure adéquate de l'efficacité des interventions de sensibilisation semble n'en être qu'à ses premiers pas. Étant donné que les études expérimentales ne sont pratiquement pas possibles pour ce genre d'interventions, il est difficile de mettre en évidence une relation causale entre l'intervention et la situation finale. Les interventions de sensibilisation peuvent provoquer au fil du temps des effets en cascade et des changements imprévisibles. Il est pour cela indispensable d'adapter les stratégies de sensibilisation de manière flexible et de demeurer ouvert à des résultats qui n'auraient pas été envisagés. Un résultat souhaité est en outre fréquemment l'aboutissement de différentes actions. Ceci rend difficile de déterminer si l'une d'entre elles a eu un apport décisif ou si l'on est parvenu à la situation finale par l'addition des diverses activités.

Les interventions de sensibilisation sont le plus souvent uniques, parce qu'elles sont taillées sur mesure pour le contexte social spécifique et complexe de chacune d'entre elles. Ceci entrave la possibilité de comparer différentes interventions et de généraliser les résultats.

Comme pour les interventions de promotion de la santé et de santé publique, il faut se poser la question de l'indicateur approprié et du meilleur moment pour mesurer les résultats. Une grande partie des effets du travail de sensibilisation n'est perceptible qu'après une longue période de temps. C'est pourquoi se

⁴⁶ Cf. à ce sujet les hiérarchies des preuves aux p. 9s. du présent rapport.

pose ici la question de l'actualisation. Les effets à court terme et intermédiaires pour la santé peuvent par exemple être l'introduction d'une loi ou d'une ordonnance (obligation d'attacher la ceinture de sécurité, de porter un casque, taux d'alcoolémie, etc.), l'intensité de la présence médiatique d'un thème donné ou l'institutionnalisation de l'échange d'indicateurs de santé avec les milieux politiques.

Comme dit précédemment, il faudrait se demander s'il ne serait pas mieux d'évaluer les interventions de sensibilisation dans leur ensemble, au lieu d'isoler des effets déterminés. Ce type d'évaluation n'est cependant pas adapté aux analyses d'efficacité, limitées à un seul résultat. Plutôt que l'analyse coût-efficacité, l'analyse coût-conséquences, où figurent tous les résultats, semble opportune dans ce domaine⁴⁷. Cette méthode a néanmoins comme inconvénients que l'efficacité ne peut y être classée (bénéfice relatif en comparaison avec une autre intervention, respectivement *ne rien faire*) et qu'une synthèse générale du bénéfice et des coûts n'y est pas possible. Les diverses composantes de l'intervention peuvent par contre être mises en balance subjectivement et comparés à ceux d'autres interventions.

En raison de la pauvreté des sources, nous n'avons pas pu réaliser une revue des évaluations économiques de l'«advocacy». Il ne s'agissait pas ici d'effectuer une revue des études d'efficacité des interventions de sensibilité et cela n'a pas été fait. Partant des explications présentées ci-dessus, il ne devrait pas non plus à ce jour exister beaucoup d'études quantitatives d'efficacité. Pour ce qui est de la mesure de l'efficacité des interventions de sensibilité, de nombreuses questions restent encore ouvertes, pour lesquelles il n'existe à notre avis (suite à une première recherche sommaire) que peu de documentation.

Les défis en matière de rentabilité des interventions de sensibilisation aux questions de santé semblent se situer en premier lieu au niveau de l'étude de l'efficacité. Il faut dans un premier temps mettre au point des méthodes et indicateurs se prêtant à la mesure de l'efficacité. Sans évaluation de l'efficacité, pas d'évaluation de la rentabilité. Vu que les interventions de sensibilisation sont taillées sur mesure pour un contexte social et politique spécifique, il reste difficile de transposer les résultats d'un contexte à un autre.

⁴⁷ Cf. dans le rapport «Santé psychique – stress»: perspective économique, p. 34.

6. Bilan

Liselotte Schug et Urs Brügger

Les diverses revues ont montré que les évaluations économiques d'interventions de promotion de la santé ou de prévention dans le domaine des thèmes centraux de Promotion Santé Suisse «poids corporel sain» et «santé psychique – stress» sont encore très rares. Pour le troisième thème, «renforcer la promotion de la santé et la prévention», nous pénétrons, pour ce qui est des évaluations économiques des interventions de sensibilisation, en terre vierge.

Les évaluations économiques se sont jusqu'à présent surtout concentrées sur des interventions de traitement médical (principalement des thérapies médicamenteuses). Plusieurs raisons contribuent au fait que les évaluations économiques n'ont pas encore été effectuées à large échelle, surtout pour les interventions de promotion, mais aussi pour celles centrées sur la prévention. L'une des raisons principales est certainement le fait que la preuve scientifique de l'efficacité des interventions de promotion de la santé représente, du point de vue méthodique, une difficulté particulière.

Le choix d'indicateurs de résultats appropriés pour les analyses coût-efficacité constitue un obstacle supplémentaire. Les études utilisent généralement des indicateurs totalement différents pour mesurer l'efficacité des programmes de promotion de la santé. Il n'est de ce fait guère possible de comparer diverses interventions visant à éviter un même problème de santé quant à leur efficacité et donc également à leur rentabilité.

La généralisation des résultats de l'efficacité des études pour des territoires géographiques, sociaux et politiques est, pour les interventions de promotion de la santé, ainsi que pour de nombreuses interventions de prévention, également plus complexe que pour les interventions de traitement. Ceci est dû au fait que l'effet des programmes de promotion de la santé et de prévention est souvent influencé par le contexte et qu'il varie selon les différentes populations traitées (âge, sexe, facteurs socio-économiques, incidence et prévalence de la maladie, etc.). L'aspect coût d'une évaluation économique, bien qu'il varie lui aussi d'un pays, voire même d'une région à l'autre, est plus facile à adapter, pour autant que l'on dispose de données exactes relatives à l'utilisation des ressources. Les sommes dépensées peuvent alors être transposées aux différents contextes et leur valeur monétaire réévaluée sur la base des prix correspondants.

L'évaluation dans l'économie de la santé est un domaine d'étude relativement nouveau, comprenant encore des questions non résolues (par ex. l'actualisation) et n'étant à ce jour pas entièrement précisé, notamment pour ce qui concerne les interventions de santé publique. La réalisation d'évaluations économiques y est certes particulièrement complexe mais il reste d'autre part des nouvelles approches à développer et à étudier. Il faut autant que possible généraliser le recours à l'analyse coût-conséquences.

La santé est de plus en plus considérée comme l'un des biens les plus précieux pour les individus et ainsi également pour la société dans son ensemble. Or, non seulement le recouvrement de la santé lors de maladies mais aussi sa préservation ont leur prix, qui peut en quelque sorte être compris comme un investissement pour des coûts de la santé futurs moins élevés, la suppression des frais dus à l'absentéisme et aussi une meilleure qualité de vie. Les mesures ayant pour but de préserver la santé concourent cependant avec d'autres besoins sociaux tels que la formation, la sécurité, la culture, mais aussi la médecine curative. La société ne dispose cependant pour tous ces besoins que de ressources limitées. Cet état de fait explique l'intérêt des évaluations économiques. Afin d'affecter les moyens disponibles là où ils sont le plus utiles, en d'autres termes pour les investir efficacement, il est nécessaire d'élaborer des programmes d'interventions de promotion de la santé et de prévention rentables.