

Cette présentation a été effectuée le 1er décembre 2011, au cours de la journée « L'analyse économique au service des politiques publiques favorables aux saines habitudes de vie » dans le cadre des 15es Journées annuelles de santé publique (JASP 2011). L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP à la section Archives au : <http://jasp.inspq.qc.ca/>.

Les interventions publiques motivées par la santé sont elles toujours économiquement légitimes ?

Michel Grignon (CHEPA, McMaster
University)

1er décembre 2011

Trois concepts clés de l'évaluation économique en santé

Je vais organiser ma présentation autour des trois décisions clés qu'il faut prendre dans toute évaluation économique d'une intervention en santé.

1. Quelle mesure du résultat ?
2. Quel contre-factuel ?
3. Quel(s) bénéficiaires (qui paye, qui reçoit) ?

Quel résultat (1)

Une intervention peut être décrite par :

1. Une unité de service (nombre de fumeurs en moins)
2. Une unité de santé (QALYs)
3. Une unité de bien-être (Dollars)

Quel résultat (2)

Chaque mesure de résultat correspond à une histoire : dans la première, l'objectif est de réduire le nombre de fumeurs et on cherche à le faire au moindre coût.

Dans la seconde, une enveloppe a été allouée à la santé et on cherche à maximiser le rendement en santé d'une telle enveloppe.

Dans la troisième, on cherche à comparer l'intervention à n'importe quel autre emploi d'un revenu (consommation, éventuellement publique).

Quel résultat (3)

L'économiste préfère naturellement la troisième définition, la seule qui parle de légitimité à ses yeux. Cette définition dit que les individus arbitrent volontiers entre leur santé et leurs autres consommations (ce que représente leur revenu). Il s'agit non seulement d'un point de vue "philosophique" (le consommateur souverain) mais aussi d'un résultat empirique (par exemple, les récessions sont bonnes pour la santé - cf. ce matin).

Dans cette acception, le résultat est traduit en argent car c'est la seule façon de rendre la santé échangeable contre les autres consommations. Les économistes valorisent donc la santé humaine (une année de vie égale \$100,000 par exemple).

Cependant, la réalité politique est souvent (2) : comment répartir une enveloppe allouée à la santé. VoL (Valeur de la vie) peut paraître arbitraire, mais pas plus que QALY.

Quel contrefactuel (1)

Il faut ici répondre à la question : si l'intervention est rejetée, quel est l'état du monde ? Le status quo, une autre intervention ?

Deux attitudes caractérisent l'économiste :

1. Incrémentalisme
2. Marginalisme

Quel contrefactuel (2)

Incrémental : l'économiste va juger une intervention relativement au status quo ou à une autre intervention, mais pas classer les interventions relativement à un état du monde sans aucune intervention (par exemple, comme il a été tenté en Oregon) ou bien à un état du monde utopique (par exemple, un monde sans aucun fumeur). C'est un réflexe de considérer que la situation présente résulte d'un équilibre (complexe et hors d'atteinte) et que toute modification est un équilibre partiel.

Marginal : l'économiste croit aux rendements décroissants (en général) - toute intervention sera "légitime" (bénéfice supérieur au coût) quand elle s'attaquera aux cas évidents (fruits bas) mais pas quand elle cherchera à atteindre les cas complexes. Ce qui est légitime au total c'est un niveau d'intervention, pas une intervention en bloc. Recommandation = ciblage (dépistage).

Quel bénéficiaire (1)

L'évaluation se concentre parfois sur le budget public et cherche à mesurer un retour sur investissement : si l'intervention est faite maintenant, combien pourra-t-on économiser plus tard en soins évités ?

C'est surtout le cas en prévention / santé publique, beaucoup moins en curatif.

Il est en fait très rare de trouver que prévenir une maladie aujourd'hui évite des coûts futurs - d'abord, c'est un résultat très manipulable (il dépend fortement du taux d'actualisation retenu). Ensuite, et plus fondamentalement, prévenir une maladie aide l'individu à être en bonne santé, mais aussi à vivre plus longtemps et à contracter d'autres maladies plus tard.

Exemple classique = cancer du poumon. Si nous sommes motivés par les comptes publics, il faut inciter les gens à fumer.

Quel bénéficiaire (2)

Bien sûr, un tel résultat ne tient pas debout, en tout cas n'est pas "légitime". C'est parce que les interventions doivent être jugées par leur effet sur la société entière (on retrouve le concept de bien être social cher aux économistes). On va donc comparer le bénéfice et le coût sociétaux de l'intervention au status quo, en incluant dans le bénéfice la valeur des années de vie (en bonne santé) gagnées.

Comme on l'a vu dans la première intervention, une question importante de légitimité a trait au financement public de l'intervention : elle peut être efficace, mais il faut aussi montrer qu'elle doit être financée publiquement. L'économiste inclut le coût d'opportunité du financement public dans le coût sociétal.

Quel bénéficiaire (3)

Je voudrais ajouter ici un point : la société est composée de malades et de bien-portants, qui ont une vision différente de la valeur de la vie humaine. La préférence pour le curatif vient du fait que les bien-portants savent qu'ils peuvent devenir malades et vont donc favoriser le traitement sur la prévention.

Conclusion

Pour l'économiste, la légitimité d'une intervention va donc se mesurer comme suit :

quelle valeur monétaire du bénéfice sociétal pour un certain degré d'intervention, relativement au status quo et en incluant le coût d'opportunité du financement public ainsi que le gain de réduction d'incertitude des interventions curatives relativement aux préventives ?