

**QUELLE VALEUR COLLECTIVE  
ACCORDER À LA SANTÉ ?  
UNE QUESTION RELANÇÉE PAR  
LA CRISE SANITAIRE**

Par Clémence Thébaut

14 SEPTEMBRE 2021

## Quelle valeur collective accorder à la santé ? Une question relancée par la crise sanitaire

### Synthèse

Clémence Thébaut,  
*Maitre de conférences -  
Économie de la santé,  
Université de Limoges,  
UMR 1094 Inserm  
associée IRD*

---

14 septembre 2021

« Rien n'est plus important que la vie humaine » : ce principe affiché par le Président de la République dans son allocution du 28 octobre 2020 illustre combien la crise du Covid a rebattu les cartes de la réflexion sur le coût de la santé. Le juste niveau des dépenses publiques allouées à la santé est l'objet d'un débat nourri depuis plusieurs décennies. Qu'il s'agisse de rembourser des thérapies innovantes très coûteuses, de construire un hôpital, d'organiser un dépistage systématique de cancer, ou de confiner le pays, la question s'impose : qu'est-il est juste de dépenser pour protéger la santé et sauver des vies ?

C'est tout l'objet d'une discipline à part entière qui est désormais présente dans les agences sanitaires de nombreux pays : l'évaluation médico-économique, capable de mettre en face des coûts d'un investissement, les gains de santé qu'il engendre pour la collectivité. Cette évaluation est loin du cynisme qu'on lui prête parfois ; elle combine en effet un regard utilitariste de maximisation des bénéfices collectifs agrégés, et des principes normatifs de justice sociale valorisant la protection des plus fragiles. En France, la réflexion académique sur ces enjeux, de même que sa déclinaison opérationnelle à la Haute autorité de santé, ont fait avancer le débat et transformé les pratiques depuis le début des années 2000.

Mais il reste une question fondamentale dont le débat public doit se saisir pour mieux orienter nos choix collectifs : celle du bénéfice attendu d'un surcroît de dépenses. Il ne s'agit pas de fixer un plafond de dépense par profil de patient ou par type de soin. L'objectif est de construire un outil permettant d'évaluer, pour un patient, les gains

d'un traitement en termes de temps de vie gagné et de qualité de vie. En-deçà d'un certain seuil, qui devra faire l'objet d'une délibération publique, un investissement de santé serait considéré comme injuste, parce qu'il détournerait des ressources au détriment d'autres priorités plus pertinentes, c'est-à-dire d'autres patients. Dans un contexte de ressources contraintes, la valeur d'une vie sauvée reste bien une question ouverte, sur laquelle l'action publique en santé a besoin que le débat public soit mieux construit aujourd'hui.

La crise sanitaire de Covid-19 a mis en avant la question de la valeur collective accordée à la santé, par rapport aux autres dimensions de la vie. Depuis un an, la notion d'un « équilibre » à rechercher entre les impératifs de la lutte contre l'épidémie et d'autres impératifs, d'ordre économique, social et politique, s'est largement imposée. Dans cette mise en balance, le cap d'une priorité à la valeur de la vie fut fixé par le président de la République dans son allocution du 28 octobre : « C'est donc un juste équilibre qu'il nous faut sans cesse rechercher. Sans jamais perdre de vue un principe intangible : pour nous, rien n'est plus important que la vie humaine ». Mais, depuis le début de 2021, la critique d'une logique dite « sanitaire », trop réduite aux restrictions dictées par la sécurité face au virus et, de ce fait, aveugle aux maux socio-économiques qu'elle engendre, s'est faite de plus en plus vive.

La question de l'évaluation des biens et des maux, des bénéfices et des coûts, qui sont associés à la décision stratégique face au Covid, est devenue centrale, en particulier dans l'évaluation des stratégies de confinement.

L'efficacité de ces stratégies sur la transmission de la maladie, au moyen d'une réduction drastique des contacts sociaux, est désormais avérée. Grâce à la diminution de ces transmissions, ces stratégies permettent de diminuer la morbi-mortalité associée à la maladie (Cauchemez *et al.* 2020). Elles permettent également de prévenir le risque de saturation des services hospitaliers et, avec lui, le risque d'une dégradation de la qualité des soins apportés aux patients, atteints ou non de Covid-19, qui résulte de cette saturation. Elles permettent enfin d'éviter aux professionnels de santé d'être confrontés aux dilemmes moraux qu'impliqueraient des pratiques de priorisation.

Cependant, en contrepartie, ces stratégies de confinement privent une partie de la population de revenus, en raison à la fois d'une diminution de la demande liée aux restrictions de déplacements, voire d'une interdiction de leur activité. Elles privent également les organismes de protection sociale et les organismes fiscaux de recettes et accroissent leurs dépenses en raison d'une augmentation des prestations d'allocation chômage. La diminution des ressources privées et publiques limite alors la capacité des individus et de la collectivité à investir dans d'autres domaines que celui de la santé. Les politiques de confinement introduisent enfin des ruptures dans les habitudes de vie, qui sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé mentale et physique de certains groupes de population, la préservation de leur autonomie et leur recours aux soins (Dubost *et al.* 2020, Gandré *et al.* 2020, Bergeat, 2021, Davin-Casalena *et al.* 2021).



Les décisions politiques actuelles impliquent donc de prendre position sur la priorité à accorder à certains risques par rapport à d'autres : entre le risque « santé » d'un côté et les risques « chômage », « dépendance », etc., de l'autre, et entre différents risques sanitaires (risques associés à l'infection de Covid-19 et ceux associés à d'autres pathologies).

Ces arbitrages sont affaire de choix sociaux dans l'allocation des ressources, et l'on aurait tort de penser qu'ils sont inédits dans le secteur de la santé. Un savoir-faire notable s'est développé ces dernières années pour instruire ces choix, croisant littérature internationale en « économie de la santé » et expertise d'administrations spécialisées dans l'« évaluation médico-économique » au sein d'agences créées *ad hoc* dès le début des années 2000, en France comme dans tous les pays occidentaux. Il est vrai cependant que l'expertise française en la matière rencontre depuis des années des apories politiques, que les choix difficiles d'aujourd'hui révèlent avec acuité.

## **1. RÉALITÉS DE L'ÉVALUATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE**

L'évaluation médico-économique consiste à appréhender les dépenses de santé en croisant leurs bénéfices attendus pour les patients avec la considération de leur coût pour la collectivité, considéré comme un investissement par nature exclusif d'autres investissements alternatifs possibles – ce qui engage la notion de choix social. Instruire des évaluations de ce type est le lot commun des administrations qui ont en charge les décisions de remboursement en matière d'innovation thérapeutique.

Pierre-Louis Bras, dans une note de Terra Nova intitulée « Comment le Covid transforme le débat sur les dépenses de santé », a montré que cette expertise d'évaluation médico-économique des investissements en santé était cependant peu utilisée dans les décisions qui concernent l'hôpital, son financement, sa politique de ressources humaines, alors que le débat parlementaire annuel sur l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie devrait précisément constituer le moment délibératif par excellence de ces choix sociaux. La crise actuelle a révélé la nécessité de reconnecter les choix d'allocation des ressources en santé avec une approche raisonnée des besoins, des préférences collectives et, *in fine*, des choix sociaux fondamentaux, que ces décisions engagent dès lors qu'elles sont reliées à la valeur de la vie.

La crise du Covid met finalement en lumière la question de la valeur de la vie, à laquelle se heurtent quotidiennement les acteurs en charge de la régulation du panier de soins remboursables (directions ministérielles, directions des organismes d'assurance maladie

obligatoire et complémentaire, agences sanitaires), et plus largement les acteurs en charge de l'évaluation des politiques publiques. Décider de rembourser un traitement médicamenteux innovant et coûteux, de mettre en place un dépistage organisé pour repérer des cancers à un stade précoce, de construire un bâtiment hospitalier, cela implique, de la même façon que la décision de confinement ou de restriction d'activités, de déterminer combien la collectivité est prête à sacrifier de ressources pour améliorer la santé d'un groupe de patients. Les politiques de transport, d'environnement ou d'éducation, qui sont également susceptibles d'avoir des conséquences sanitaires, suscitent des questions similaires et ont développé leurs propres expertises. L'acuité du débat sur le conflit des biens et des maux qu'engagent les choix stratégiques face au Covid introduit une différence de degré mais pas de nature, dans des modalités de questionnement qui sont déjà bien connues. Il semble donc intéressant de dresser un état des lieux des réflexions et des expertises en la matière.

## **2. UNE RÉFLEXION ENTAMÉE DANS LES ANNÉES 2000 EN EUROPE**

Des réflexions sur la valeur collective accordée à la santé étaient menées en France, comme dans l'ensemble des pays européens, préalablement à la crise sanitaire du Covid-19. En France, c'est au tournant des années 2010 que ces réflexions ont été engagées, avec l'arrivée sur le marché de traitements innovants et extrêmement coûteux, qui amenaient les pays où les dépenses de santé sont socialisées à s'interroger sur le montant maximum que la collectivité pouvait accepter de consentir pour des gains de santé donnés (INCA 2015, Pajares y Sanchez et Saout 2017). On pense par exemple au prix des traitements en cancérologie, comme le Trastuzumab Emtansine, arrivé sur le marché en 2014, ou les immunothérapies anti-PD1 (Nivolumab et Pembrolizumab), en 2016, qui peut atteindre 6 000 € par mois, soit un surcoût d'approximativement 100 000 € par an, pour un gain de survie de six mois environ (cf. avis d'efficience de la Haute Autorité de santé, HAS, et avis rendus par le National Institute for Health and Care Excellence, NICE, sur ces spécialités<sup>1</sup>).

Dans la mesure où le financement de la santé est socialisé (76 % des dépenses sont couvertes par l'assurance maladie obligatoire en France, cf. DREES 2020), le financement de ces

---

<sup>1</sup> Ces prix élevés ont suscité des réactions nombreuses, de la part des professionnels de santé mais également de la part des représentants de patients et d'usagers. En 2013-2014, un appel était lancé en France et aux États-Unis par un ensemble de cancérologues. En 2017, les présidents de l'Institut Curie et de La Ligue contre le cancer lancèrent ce qu'ils appelèrent un « cri d'alarme ».

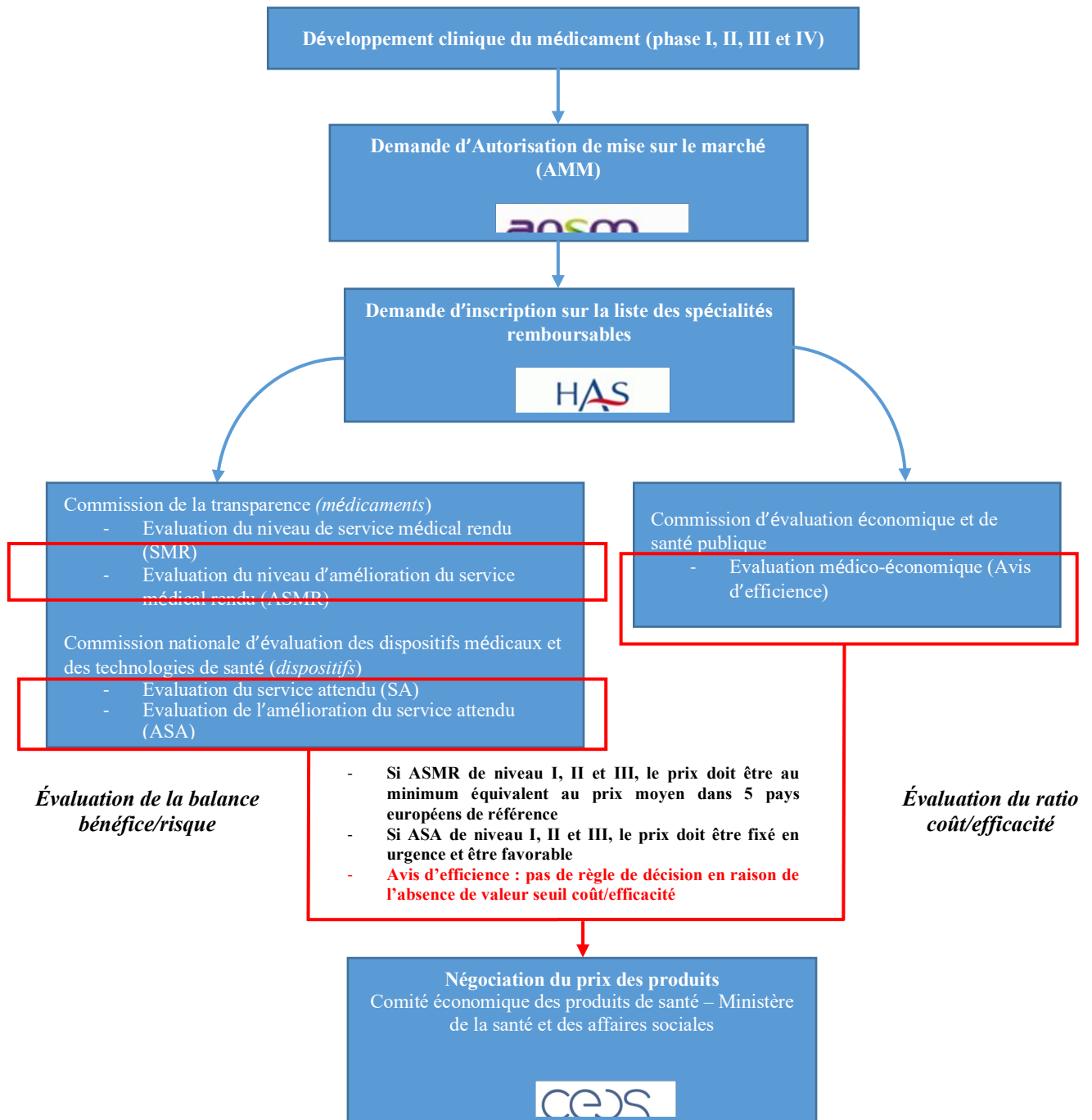
innovations entre en concurrence avec d'autres investissements publics, qui font également l'objet d'attentes sociales fortes : l'éducation, l'environnement, la prise en charge des personnes dépendantes, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion, etc. La croissance des dépenses de santé doit donc être maîtrisée de sorte que le niveau de ces dépenses soit cohérent avec la valeur que la collectivité accorde à la santé, par rapport aux autres enjeux sociaux.

La plupart des pays confrontés à cette question y ont répondu en confiant aux agences en charge de l'évaluation des interventions de santé une mission d'évaluation économique et l'introduction d'un critère d'efficience dans les décisions de remboursement et/ou les négociations de prix. Le Royaume-Uni a créé le NICE en 1999, l'Allemagne, l'IQWiG en 2004. En France, la Haute Autorité de santé a reçu, à sa création en 2004, la mission d'évaluer les produits de santé du point de vue de leur service médical rendu. Depuis 2012, elle est chargée de mener en complément des évaluations médico-économiques. La loi de financement de l'assurance maladie (LFSS) de 2012 impose en effet aux industriels d'apporter à la HAS une information sur le ratio différentiel coût/résultat (RDCR) associé au produit, lorsqu'ils sollicitent le remboursement d'un traitement innovant, dès lors qu'il est associé à un chiffre d'affaires annuel de plus de 20 millions d'euros, toutes indications confondues (Midy *et al.* 2015). Ce RDCR permet d'estimer la quantité de ressources supplémentaires qu'il faut consentir à payer pour obtenir une unité de résultat supplémentaire, une année de vie sauvée par exemple.

À la HAS, c'est la Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP) de la HAS qui est chargée d'évaluer la robustesse du modèle médico-économique soumis par l'industriel et de rendre un avis sur le résultat de cette évaluation (appelé « avis d'efficience ») à l'attention du Comité économique des produits de santé (CEPS) qui est chargé, lui, de la négociation des prix avec l'industriel.

Rappelons que l'évaluation médico-économique n'est que l'une des dimensions qui intervient dans l'évaluation rendue par la HAS. L'avis de la CEESP est émis en parallèle de l'avis de la Commission de la transparence (CT) et/ou de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS). Ces deux commissions techniques « médico-scientifiques » évaluent la balance bénéfiques/risques des produits sous étude, en vue de définir le niveau de remboursement (à travers le critère de service médical rendu/SMR et de service attendu/SA). Elles rendent également un avis à destination du CEPS en vue de la négociation des prix des produits (critère d'amélioration du service

médical rendu/ASMR et d'amélioration du service attendu/ASA). L'avis d'efficience émis par la CEESP vient donc compléter ce processus.



La mise en œuvre de cette mission d'évaluation économique est toutefois aujourd'hui freinée par l'absence de valeurs seuil coût/efficacité en France. En effet, si une stratégie est à la fois moins chère et plus efficace, il n'y a pas de difficulté à interpréter le résultat de l'évaluation : elle est efficiente. En revanche, si elle est à la fois plus coûteuse et plus efficace, il faut s'assurer, pour pouvoir conclure sur son efficience, que la collectivité accorde au moins autant de valeur aux bénéfices de santé qu'apporte la technologie qu'aux résultats que l'on obtiendrait en utilisant autrement cette même quantité de ressources, dans le secteur de la santé ou dans d'autres secteurs (coût d'opportunité). Il est donc nécessaire, pour porter un avis sur l'efficience d'une stratégie, de savoir quel coût maximal la collectivité est prête à dépenser pour améliorer l'état de la santé de la population grâce à une intervention. Des valeurs seuil coût/efficacité ont été définies dans d'autres pays, notamment au Royaume-Uni, où elle est située autour de 36 000 euros par « année de vie sauvée en bonne santé » (cf. NICE 2008). La quantité d'« année de vie en bonne santé » produite par une intervention de santé est mesurée au moyen d'un outil, développé par les économistes de la santé appelé QALY (*quality adjusted life years*). Au Royaume-Uni, il est donc considéré que la disposition à payer, de la part de la société, pour produire une année de vie sauvée en bonne santé supplémentaire est de 36 000 euros. Il est toutefois possible de déroger à cette règle de décision, pour des populations particulières de patients ou en raison de l'incertitude qui entourerait cette estimation (cf. NICE 2008).

En France, l'IGAS (2012) et la HAS (HAS 2014, 2018<sup>2</sup>) ont explicitement souligné l'intérêt qu'il y avait à disposer de valeurs seuil coût-efficacité, également appelées « valeurs de référence » ou « valeurs tutélaires », et appelaient à l'organisation d'un débat démocratique sur le sujet. À ce stade, ces discussions n'avancent pas, notamment parce qu'aucune institution n'est pour l'instant identifiée, dans le secteur de la santé, pour les organiser. La HAS dispose d'un statut particulier puisqu'il s'agit d'une autorité administrative indépendante (AAI) : elle a pour mission d'émettre des avis consultatifs et ne dispose pas de légitimité démocratique. Elle estime donc qu'elle n'est pas légitime pour prendre position sur ces valeurs, même si elle en a besoin pour mener les missions qui lui sont confiées. Il serait donc aujourd'hui envisageable que la détermination de ces valeurs soit confiée à d'autres institutions, comme par exemple France Stratégie, qui dispose d'une expérience en la matière depuis la publication des rapports Boiteux (1994, 2001) et Quinet (2009, 2013, 2019). Disposer de valeurs seuil coût/efficacité en santé

---

<sup>2</sup> [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/20180319\\_rapport\\_mandature\\_ceesp.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/20180319_rapport_mandature_ceesp.pdf)



serait de surcroît utile pour évaluer les projets d'investissements publics, susceptibles d'avoir des effets sanitaires directs (construction d'établissements sanitaires et médico-sociaux, gestion des urgences, etc.) ou indirects (établissements pénitentiaires, etc.), tel que cela est prévu par la loi du 31 décembre 2012<sup>3</sup>.

### 3. LES MÉTHODES

Trois méthodes distinctes peuvent être utilisées pour définir ces valeurs de référence (Cleemput 2014, HAS 2014).

- Il est possible de s'appuyer sur les décisions antérieures en matière de fixation des prix et de remboursement de façon à « révéler » des valeurs collectives implicites : il s'agit de comparer les ratios coût/efficacité associés aux stratégies pour lesquelles une décision a déjà été prise dans l'objectif d'identifier *a posteriori* des règles de décision.
- Il est possible de s'appuyer sur une évaluation de la fonction de production de la santé en France, à l'instar de ce qui a été fait au Royaume-Uni (Claxton *et al.* 2013) : il s'agit d'estimer l'impact des variations budgétaires sur la production de gains de santé sur l'ensemble du système de santé (en termes d'années de vie gagnées et de qualité de vie).
- Il est enfin possible de s'appuyer sur les méthodes de révélation des préférences individuelles.
  - Soit au moyen de **méthodes d'évaluation contingente** : ces méthodes proposent d'estimer la disposition à payer des individus pour un gain en santé donné en présentant à des échantillons représentatifs de la population générale des situations hypothétiques et en leur demandant à quelle part de leur revenu ils seraient prêts à renoncer pour les éviter (Adler, Hammit et Treich 2014).
  - Soit au moyen de **valeurs statistiques de la vie** : ces méthodes proposent d'évaluer la valeur que les individus accordent à leur survie à partir des choix

---

<sup>3</sup> Des valeurs tutélaires ont été fixées par le Commissariat général au Plan, elles permettent de porter un avis sur la valeur de bénéfices en termes de mortalité, mais elles ne permettent pas de porter un avis sur la valeur de bénéfices en termes de morbidité. Cf. <https://www.strategie.gouv.fr/methodes-de-calcul-socioeconomique>

de consommation qu'ils effectuent et qui leur permettent de diminuer la probabilité d'un risque de décès (achat d'un dispositif de sécurité dans leur véhicule) ou inversement le niveau de rémunération qu'ils acceptent en contrepartie d'une prise de risque (prime ou augmentation de revenu pour un métier dangereux) (Baumstark L., Carrère M., Rochaix 2008).

Ces méthodes ne sont jamais utilisées pour définir des valeurs seuil coût/efficacité *stricto sensu*. Elles permettent en effet d'identifier, au moyen d'approches scientifiques, quelle est la disposition à payer de la part des individus, dans la population générale, pour obtenir des gains en santé. Ces estimations ont vocation à être ensuite discutées au sein de comités, missionnés par des représentants démocratiques pour établir les valeurs seuil coût/efficacité qui seront finalement retenues. Les méthodes utilisées par les économistes pour mesurer la disposition à payer des individus pour la santé ne sont pas exclusives les unes des autres, il est en effet possible rassembler l'ensemble des informations produites au moyen de ces différentes méthodes pour estimer une « fourchette de valeurs », sur la base de laquelle ces comités pourront délibérer, à l'instar de ce que proposait la revue de la littérature réalisée par l'OCDE, mobilisée dans le cadre du rapport Quinet (OCDE 2012).

Ces méthodes sont bien sûr très largement discutées dans la littérature internationale. Les méthodes de révélation des préférences individuelles et de valeurs statistiques de la vie sont par exemple analysées et critiquées, d'un point de vue théorique et du point de vue empirique (Adler et Fleurbaey 2016). Il existe par ailleurs des réflexions abondantes sur les conditions d'utilisation de ces valeurs seuil et des procédures de délibération (Cleemput 2014).

#### **4. LES DÉBATS**

Au-delà des critiques techniques et scientifiques qui peuvent être adressées à l'encontre de l'utilisation d'une valeur seuil coût/efficacité, celle-ci a également été critiquée d'un point de vue éthique. Le principal argument est que la règle utilitariste sur laquelle elle repose ne correspondrait pas à l'idéal de justice que poursuit la collectivité en matière de politiques de santé. L'utilisation d'une valeur seuil implique en effet que prévale la règle éthique utilitariste selon laquelle l'amélioration du bien-être de chaque individu a une valeur identique, quelle que soit sa situation personnelle (chacun compte pour un et pas pour plus d'un) : une année de vie gagnée (ajustée ou non sur la qualité de vie) a la même valeur, quelle que soit la situation personnelle des patients.

En réaction à ces critiques, les agences proposent de prendre en compte d'autres critères de décision (critère de sévérité de la maladie, de fin de vie, d'âge, etc.), parallèlement au critère d'efficience, de façon à diminuer la portée du premier (Sabik et Lie 2008, Raftery, 2009, Golan *et al.* 2011, HAS 2014). Ces autres critères de décision sont le plus souvent appelés « valeurs sociales » depuis la parution du document « Social Values » par le NICE au Royaume-Uni (NICE 2008). Il s'agit le plus souvent, à travers ces autres critères, d'accorder une priorité à certaines populations particulières de patients, en autorisant à ne pas appliquer de façon stricte la règle de décision basée sur la valeur seuil coût/efficacité habituellement retenue, pour décider du remboursement des interventions qui les concernent. Pour ces patients, la collectivité serait prête à financer des traitements plus coûteux pour des résultats de santé plus modérés. En général, ces pratiques de priorisation concernent des populations plus jeunes, sévèrement atteintes ou souffrant de maladies rares ou handicapantes. Il est vraisemblable que ces pratiques reflètent la recherche d'un compromis entre les théories de justice utilitaristes et les théories de justice libérales-égalitaristes rawlsiennes (Thébaud et Wittwer 2017). Elles supposent en effet que la collectivité accorde davantage de valeur à l'amélioration de l'état de santé d'individus considérés comme étant particulièrement défavorisés du point de vue de leur état de santé<sup>4</sup>. Il est intéressant de comparer les différentes procédures des agences de façon à envisager ce qu'il serait possible de mettre en place en France.

- Certaines agences refusent de définir une valeur de référence et apprécient le niveau du RDCR associé à chaque stratégie, au cas par cas (comme c'est le cas actuellement en Suède, Danemark, Belgique, Australie et Nouvelle-Zélande), en explicitant ou non des critères de priorisation.
- D'autres agences utilisent une valeur de référence et prévoient a priori les contextes dans lesquels il est permis d'y déroger, comme par exemple (NICE) au Royaume-Uni depuis 2009 pour les traitements de fin de vie (Collins 2013). Les comités d'évaluation

---

<sup>4</sup> Les théories de justice libérales-égalitaristes se sont développées sous l'impulsion des travaux de John Rawls (1921-2002), en opposition à l'utilitarisme classique. Elles proposent de prendre en compte la répartition des ressources entre les membres de la collectivité et non seulement, comme le préconise l'utilitarisme, la quantité totale de bien-être qu'elles permettent de produire. Pour Rawls, la répartition des ressources publiques est en effet considérée comme juste lorsqu'elle permet d'améliorer au maximum le sort des individus les plus défavorisés, même si cela conduit à diminuer la production globale de bien-être au niveau collectif.

des technologies de santé (Technology Appraisal Committee) du NICE sont en effet libres de recommander le remboursement des traitements associés à un RDCR supérieur à la valeur seuil communément admise (£20 000-£30 000/QALY) lorsque les traitements augmentent la survie d'au minimum trois mois, pour des patients dont l'espérance de vie est inférieure à vingt-quatre mois, lorsque la taille de la population cible est réduite (NICE 2009).

- Enfin, les agences peuvent utiliser différentes valeurs de référence en fonction des circonstances. Le NICE a, par exemple, un temps envisagé de remplacer la procédure de dérogation pour les traitements de fin de vie, qui ne prévoit pas de valeur seuil maximum, par la définition de différentes valeurs seuil de référence en fonction de l'impact de la maladie sur l'espérance de vie. La valeur seuil varie alors entre £20 000 et £50 000/QALY (NICE 2014). De même la valeur seuil est établie à £100 000 dans le cadre des maladies ultra orphelines<sup>5</sup>.

Il est utile de souligner qu'une quatrième approche serait envisageable, consistant à intégrer directement ces critères de priorisation dans l'évaluation économique en santé (Brouwer 2008, Norheim *et al.* 2014, Cookson 2017). Ces outils pourraient être mobilisés pour améliorer la base informationnelle sur laquelle s'appuient les comités en charge de la fixation des prix et du remboursement des produits de santé. Des méthodes d'évaluation médico-économiques innovantes se développent en ce sens, elles sont encore principalement mobilisées dans des contextes académiques, plutôt que dans l'aide à la décision institutionnelle (Fleurbaey 2007, Samson *et al.* 2017, Cookson *et al.* 2020).

#### **EN CONCLUSION**

La détermination de valeurs collectives accordées à la santé en France serait utile car elles permettraient globalement d'accroître la transparence des décisions publiques qui mettent en jeu des dimensions sanitaires et faciliteraient l'organisation de discussions démocratiques sur ces sujets.

La détermination de ces valeurs permettrait par ailleurs à la HAS et d'autres institutions publiques de mener jusqu'au bout les missions qui leurs sont confiées en matière d'aide à la décision publique.

La détermination de ces valeurs collectives accordées à la santé pourrait s'appuyer concrètement :

- sur les conclusions de littératures abondantes, à la fois théoriques et empiriques ;
- sur les retours d'expériences dans les autres pays européens ;
- en mobilisant les mêmes procédures que celles qui ont été utilisées pour définir les valeurs tutélaires dans le secteur des transports et de l'environnement, par France Stratégie.

---

<sup>5</sup> <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-technology-appraisal-guidance/consultation-on-changes-to-technology-appraisals-and-highly-specialised-technologies>





## RÉFÉRENCES

- Adler M., Hammitt J., Treich N. (2014), « The social value of mortality risk reduction: VSL versus the social welfare function approach », *Journal of Health Economics*, vol. 35, p. 82-93.
- Adler M. D., Fleurbaey M. (2016) (eds), *Oxford Handbook of Well-being and Public Policy*, Oxford, Oxford University Press.
- Baumstark L., Carrère M., Rochaix L. (2008), « Mesures de la valeur de la vie humaine. Usages et enjeux comparés dans les secteurs de la santé et des transports », *Les Tribunes de la santé*, 2008/4 (n° 21), p. 41-55.
- Bergeat, M. *et al.* (2021), « Confinement de novembre-décembre 2020 : une hausse des demandes de soins liés à la santé mentale », DREES, *Études et Résultats*, 1186.
- Boiteux M. (1994), « Transports : pour un meilleur choix des investissements », Commissariat général au Plan, [http://temis.documentation.developpement-durable.gouv.fr/docs/Temis/0020/Temis-0020699/9780\\_1.pdf](http://temis.documentation.developpement-durable.gouv.fr/docs/Temis/0020/Temis-0020699/9780_1.pdf)
- Boiteux M. (2001), « Transports : choix des investissements et coût des nuisances », Commissariat général au Plan, <https://www.viepublique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/014000434.pdf>
- Brouwer W.B., Culyer A.J., van Exel N.J.A., *et al.* (2008), « Welfarism vs. extra-welfarism », *Journal of Health Economics*, n° 27, p. 325-338.
- Cauchemez S., Kiem C.T., Paireau J., Rolland P., Fontanet A. (2020), « Lockdown impact on COVID-19 epidemics in regions across metropolitan France », *Lancet*, 2020, 396(10257):1068-1069.
- Claxton K., Martin S., Soares M.O., Rice N., Spackman E. *et al.* (2013), « Methods for the estimation of the NICE cost effectiveness threshold », CHE Research Paper 81, York, University of York, [http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP81\\_methods\\_estimation\\_NICE\\_costeffectiveness\\_threshold\\_revise d.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP81_methods_estimation_NICE_costeffectiveness_threshold_revise d.pdf)
- Cleemput I., Neyt N., de Laet C. *et al.* (2008), « Valeurs seuils pour le rapport coût-efficacité en soins de santé », KCE reports 100B.
- Cleemput I., Stephan D., Kohn L. *et al.* (2014), « Comment prendre en compte les préférences des citoyens dans la décision de rembourser un nouveau traitement », *Reflets et perspectives de la vie économique*, 4 (tome LIII), p. 35-53.

Cookson R. Griffin S., Norheim O. Culyer A. (2020), *Distributional cost-effectiveness analysis: quantifying health equity impacts and trade-offs*, Oxford University Press.

Culyer A. (2017), « Using cost-effectiveness analysis to address health equity concerns », *Value in Health* », vol. 20, n° 2, février, p. 206-212.

Davin-Casalena B., Jardin M., Guerrero H., *et al.* (2021), « L'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel à partir des données régionales de l'Assurance maladie », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 69(3):105-115. doi:10.1016/j.respe.2021.04.135

DREES (2020), « Les dépenses de santé en 2019 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2020 », <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2019-resultats>

Dubost C.-L., Pollak C., Rey S. (2020), « Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 », DREES, *État des lieux et perspectives*, n° 62, juillet 2020, [https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/131647/1/dossiers\\_62.pdf](https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/131647/1/dossiers_62.pdf)

Fleurbaey M. (2007), « Le revenu équivalent-santé, un outil pour l'analyse des inégalités sociales de santé », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 55, p. 39-46.

Gandré C., Coldefy M., Rochereau T. (2020), « Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement. Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020 », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 249.

Golan O., Hansen P., Kaplan G. *et al.* (2011), « Health technology prioritization: which criteria for prioritizing new technologies and what are their relative weights? », *Health Policy*, octobre, 102(2-3):126-35.

Haute Autorité de santé (2014), « Valeurs de références pour l'évaluation économique en santé : Revue de la littérature ».

Inspection générale des affaires sociales (2012), « Évaluation médico-économique en santé », <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article436>

Institut national du cancer (2015), « Les Cancers en France en 2015 : L'essentiel des faits et chiffres », <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-Edition-2015>

Midy F., Raimond V., Thébaut C., *et al.* (2015), « Avis d'efficience relatifs aux produits de santé à la Haute Autorité de santé : bilan et perspectives », *Santé Publique*, vol. 27.

National Institute for Health and Care Excellence (2008), « Social value judgements. Principles for the development of NICE guidance », 2<sup>e</sup> édition, Londres.

National Institute for Health and Care Excellence (2009), « Appraising life-extending, end of life treatments ».

National Institute for Health and Care Excellence, (2014), « Value Based Assessment of Health Technologies » (Consultation Paper).

National Institute for Health and Care Excellence (2015), « Trastuzumab emtansine for treating HER2-positive, unresectable locally advanced or metastatic breast cancer after treatment with trastuzumab and a taxane », <https://www.nice.org.uk/guidance/ta371>

OCDE (2012), « Mortality Risk Valuation in Environment, Health and Transport Policies », <https://www.oecd.org/env/tools-evaluation/mortalityriskvaluationinenvironmenthealthandtransportpolicies.htm>

Pajares y Sanchez C. et Saout C. (2017), « Prix et accès aux traitements médicamenteux innovants », Avis du Conseil économique, social et environnemental.

Quinet E. (2009), « La valeur tutélaire du carbone », Commissariat général au Plan, <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000195.pdf>

Quinet E. (2013), « L'évaluation socioéconomique des investissements publics », Commissariat général au Plan, [https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/archives/CGSP\\_Evaluation\\_socioeconomique\\_17092013.pdf](https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/archives/CGSP_Evaluation_socioeconomique_17092013.pdf)

Quinet E. (2019), « La valeur de l'action pour le climat. Une valeur tutélaire du carbone pour évaluer les investissements et les politiques publiques », France Stratégie, [https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2019-rapport-la-valeur-de-laction-pour-le-climat\\_0.pdf](https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2019-rapport-la-valeur-de-laction-pour-le-climat_0.pdf)

Raftery J. (2009), « Should NICE's threshold range for cost per QALY be raised? No », *BMJ*;338:b185.

Sabik L.M., Lie R.K. (2008), « Priority setting in health care: lessons from the experiences of eight countries », *International Journal of Equity Health*, 7:4.

Samson A.-L., Schokkaert E., Thébaut C. *et al.* (2017), « Fairness in cost-benefit analysis: an application to health technology assessment », *Health Economics*, 1-13.

Thébaut C., Wittwer J. (2017), « L'évaluation économique en santé au prisme de l'économie normative: principes allocatifs et règles de priorisation », *Revue française des affaires sociales*, n° 3.





@TerraNovaThinkTank



@\_Terra\_Nova



Terra Nova- think tank

*Terra Nova est un think tank progressiste indépendant ayant pour but de produire et diffuser des solutions politiques innovantes en France et en Europe.*