

# *INEES: Intégrer l'Équité et l'Efficiencia dans l'Évaluation en Santé en France*

*COSTA Nadège, CHU de Toulouse – CERPOP UMR 1295*



Journée de l'Évaluation Économique en Santé  
17 juin 2026

Collège  
des  
Economistes  
de la  
Santé

en partenariat avec

**GSK**

# Plan de l'exposé

Contexte & fondements normatifs

Le projet INEES : objectifs & structuration

Revue de littérature

ACEd — Analyse Coût-Efficacité Distributionnelle

Méthode des pondérations d'équité

Application & perspectives

Journée de l'Évaluation Économique en Santé  
17 juin 2026

Collège  
des  
Economistes  
de la  
Santé

en partenariat avec

GSK

# Le paradoxe français

*Un système aux bonnes performances moyennes... mais des inégalités structurelles profondes et persistantes.*

**5,3 ans**

d'écart d'espérance de vie  
entre ouvriers et cadres



**10 ans**

d'écart d'espérance de vie sans incapacité  
à 35 ans (cadre vs ouvrier)



**11,4 %**

de syndrome dépressif chez les  
salariés peu qualifiés vs 2,2 %  
chez les cadres

**↑ ISS**

Inégalités sociales de santé  
parmi les plus élevées d'Europe

**0**

Critère d'équité opérationnel  
dans les décisions en santé

*Les ISS ne sont pas seulement une question d'équité — elles représentent un enjeu économique majeur pour la soutenabilité du système de santé.*

Journée de l'Évaluation Économique en Santé  
17 juin 2026

Collège  
des  
Economistes  
de la  
Santé

en partenariat avec

**GSK**

# Un dilemme fondamental : efficacité vs équité

## La santé comme bien premier

En France, les décisions reposent sur le **SMR/ASMR**. L'efficacité reste marginale. L'équité est absente comme critère opérationnel.

La société accepte certaines inégalités de santé mais cherche à corriger celles jugées **injustes**.

## Le dilemme de Wagstaff (1991)

*Comment concilier optimisation des ressources et réduction des inégalités dans un système de socialisation du risque santé ?*

→ Ce dilemme, posé il y a 35 ans, est le point de départ du projet INEES.

# Trois penseurs clés pour l'équité en santé

## John Rawls

*Justice comme équité*

---

Priorité aux plus défavorisés via le principe de différence — les inégalités ne sont justifiées que si elles profitent aux plus défavorisés.

## Amartya Sen

*Approche des capacités*

---

Ce qui compte, c'est la liberté réelle d'atteindre une bonne santé — pas seulement l'accès théorique aux ressources de santé.

## Anthony Atkinson

*Justice redistributive*

---

Incorporer des pondérations d'équité dans les politiques publiques — mesurer et corriger les inégalités selon leur gravité et leur impact social.

# Trois courants normatifs pour arbitrer

 $\Sigma$ 

## Utilitarisme pur

Maximiser la santé totale.  
Un QALY = un QALY, quelle que soit la personne.

*Limite : peut aggraver les inégalités existantes.*

  
↑

## Prioritarisme

Donner plus de poids aux gains des personnes les plus défavorisées.

*Fondement des pondérations d'équité (INEES).*

  
◎

## Égalitarisme sélectif

Corriger les inégalités injustes (origine sociale, territoire) ; accepter celles relevant du choix.

*Fondement de l'ACEd (Cookson & Asaria).*

La décision optimale: équilibre les deux dimensions selon les préférences sociétales

# Ce que nous savons

- Des inégalités sociales de santé profondes et persistantes en France
- Un cadre décisionnel centré sur l'efficacité clinique moyenne
- Des fondements normatifs (prioritarisme, égalitarisme sélectif) qui justifient d'intégrer l'équité
- Des outils qui existent (ACEd, pondérations) mais non adaptés au contexte français

---

→ **INEES : adapter ces outils à la France pour une décision de santé à la fois efficiente et équitable.**

Journée de l'Évaluation Économique en Santé  
17 juin 2026

Collège  
des  
Economistes  
de la  
Santé

en partenariat avec

**GSK**

# INEES : pourquoi, pour qui, comment ?

## Pourquoi ?

Les ACE classiques optimisent les gains de santé globaux mais ignorent leur répartition sociale. Les approches centrées sur l'équité seule peuvent réduire l'efficacité globale.

INEES comble cette double limite.

## L'objectif central

**Efficacité — Maximiser les bénéfices de santé**

**Efficiencia — Optimiser l'allocation des ressources**

**Équité — Réduire les inégalités évitables**

*Destinataires : HAS · ARS · Ministère de la Santé*

# Trois objectifs opérationnels

1

## Adapter les méthodes

Construire des outils méthodologiques robustes (ACEd, pondérations) adaptés aux données disponibles en France (SNDS, cohortes).

2

## Appliquer aux données réelles

Reutiliser des données et mobiliser des bases de données medico-administratives pour tester et valider les méthodes sur des populations réelles.

3

## Évaluer l'impact sur la décision

4 domaines pathologiques pilotes : Diabète · Cancer · Dépression · Parcours de soins.

# Structuration : 4 axes complémentaires

## AXE 1

### Revue de littérature

Cartographier l'existant & orientations méthodologiques

## AXE 2

### Adaptation & programmation

ACEd + pondérations calibrées pour la France

## AXE 3

### Applications sur données

Diabète, cancer, dépression, parcours de soins (SNDS)

## AXE 4

### Transfert & dissémination

Lignes directrices HAS, ARS, Ministère

# Actualisation de la revue systématique Ward et al. (2022)



## Périmètre

Actualiser la revue de Ward et al. 2022 (arrêtée en fév. 2021) — même cadre méthodologique pour assurer la comparabilité.



## Méthodes identifiées

ACEd (DCEA), pondérations sociales, QALYs pondérées, approches aversion-à-l'inégalité (Atkinson), equity weighting.



## Pratiques internationales

UK · Pays-Bas · Canada · Australie — analyse des modalités d'implémentation et impact observé sur les décisions.



## Livrables

Recherche dans PubMed, Embase, EconLit (mars 2021 – mai 2026). Cartographie actualisée pour guider WP2.

# ACEd : Analyse Coût-Efficacité Distributionnelle

*L'ACEd est un cadre méthodologique qui s'appuie sur l'économie du bien-être pour quantifier et inclure une dimension d'équité dans les ACE classiques.*

## Étape I

### Modéliser les distributions de santé

- › I.1 Estimer la distribution à baseline (QALE par strate IMD/PSE)
- › I.2 Modéliser les évolutions post-intervention par strate

→ *Nécessite un modèle coût-efficacité stratifié*

## Étape II

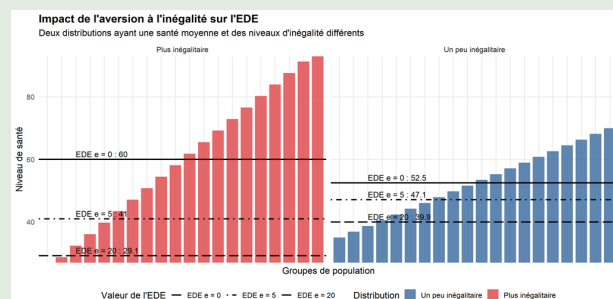
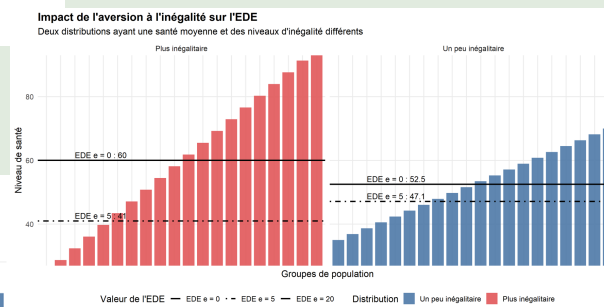
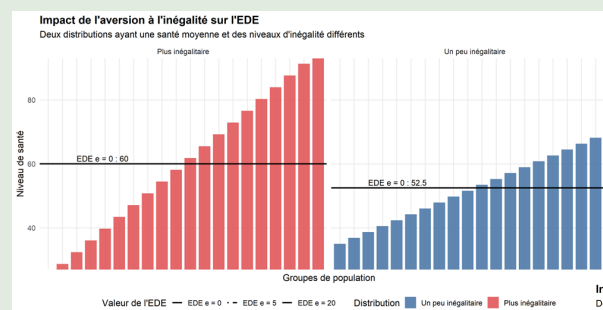
### Comparer les distributions de santé

- › II.1 Fonctions de bien-être social (Atkinson)
- › II.2 EDE — Equally Distributed Equivalent

→ *Résultat : NHB pondéré par l'équité par strate*

# Du modèle stratifié au Net Health Benefit distributionnel

- Fonction de bien-être social: intègre une préférence collective pour la réduction des inégalités de santé
- Les approches de type Atkinson (paramètre d'aversion à l'inégalité) attribuent davantage de poids aux gains de santé obtenus chez les populations les plus défavorisées
- Cette étape permet de synthétiser efficacement et équitablement dans une métrique: **l'EDE Health\***
  - *L'EDE (Equally Distributed Equivalent) est le niveau de santé qui, s'il était uniformément distribué procurerait un bien-être social équivalent à la distribution réelle observée*



Journée de l'Évaluation Économique en Santé  
17 juin 2026

# Pondérations d'équité : principe & méthodes

*Ajuster les bénéfices de santé (QALYs) en fonction de la position socio-économique (PSE) des bénéficiaires. Un QALY gagné par une personne défavorisée vaut davantage socialement.*

- 1 Proportional Shortfall (PSF)**  
Pondération en fonction des QALYs perdus à cause de l'inégalité de position sociale. Adaptée des systèmes UK, Pays-Bas, Norvège (w entre 1,1 et 1,5).
- 2 Préférences déclarées (MP-MP)**  
Élicitation par Time-Trade-Off et enquête populationnelle. Poids entre 1,3 et 1,8 selon les gains d'espérance de vie.
- 3 Données épidémiologiques (MP-DE)**  
Mortalité par PSE (INSEE) → espérance de vie par strate. Méthode privilégiée dans INEES : rapide, routinisable, mobilisable en France.

# Pondérations estimées à partir des données françaises (INSEE)

Mortalité par sexe, âge et critère de défavorisation (Education) — données INSEE 2020-2022.

Catégorie (diplôme)	Pondération vs. favorisés	Pondération vs. pop. générale
Sans diplôme	1,84	1,33
Brevet / CEP	1,45	1,10
CAP / BEP	1,28	1,05
Baccalauréat	1,12	0,98
Supérieur	Référence (1,0)	0,85

# Comment interpréter le ratio pondéré ?



## ICER pondéré < ICER initial

L'intervention réduit les inégalités sociales de santé



## ICER pondéré = ICER initial

Pas d'impact distributionnel de l'intervention



## ICER pondéré > ICER initial

L'intervention aggrave les inégalités sociales de santé

*Exemple : ICER initial 30 000€/QALY → ICER pondéré 23 000€/QALY (pop. sans diplôme) — intervention pro-équité.*

# Applications pilotes sur données françaises

## Diabète

En cours

Méthode : Pondérations MP-DE

Données : SNDS + données INSEE

## Cancer du sein

En cours

Méthode : ACed + DCEA

Données : CPAM dépistage / IRIS  
(projet PREDICT-EDI)

## Dépression

Planifié

Méthode : Pondérations + ACed

Données : SNDS + cohortes

## Parcours de soins & sujets âgés

Planifié

Méthode : ACed multi-pathologie

Données : SNDS

# Équité & Efficience : une alliance nécessaire

- L'efficience seule est insuffisante pour une décision de santé juste
- Des outils existent (ACEd, pondérations) et peuvent être adaptés à la France
- INEES produit des méthodes opérationnelles, transparentes et calibrées sur données françaises
- L'équité n'est pas l'ennemie de l'efficience — c'est sa condition de légitimité

# Remerciements

- **Toulouse:** R. Demeulemeester · M. Mounié · J. Bender
- **Montpellier:** V.Clément, C. Castelli
- **Bordeaux:** J.Wittwer, M. Castry
- **Lyon:** H.Serrier, J.Margier
- **Lille:** B.Dervaux, C. Dellettrez
- **Nantes:** VP.Riche, B.Rakotoarivelo
- **Paris:** H Shang, P.Chauvin
- S.Ghabri et C.Delpierre

# Merci pour votre écoute !

*Des questions ?*



INEES : Intégrer l'Équité et l'Efficiency  
dans l'Évaluation en Santé en France

Journée de l'Évaluation Économique en Santé  
17 juin 2026

Collège  
des  
Economistes  
de la  
Santé

en partenariat avec

**GSK**