

Inserm

université  
de BORDEAUX



**BORDEAUX  
POPULATION  
HEALTH** | Research  
Center - U1219

# Intégration de l'équité et de l'efficacité par l'approche revenu équivalent santé

Pauline Chauvin, MCF HDR, Université Paris Cité  
Clémence Thébaut, MCF HDR, Université de  
Bordeaux



- Les méthodes standards en évaluation économique supposent un modèle de justice utilitariste
  - Recommander de financer en priorité les interventions qui permettent de maximiser la quantité de santé produite
  - Principe utilitariste (« *le plus grand bonheur du plus grand nombre* ») (Helvetius, Beccaria, Bentham)
  - ∅ prise en compte des dimensions redistributives
- Critiques de J. Rawls (1971), basée sur le principe du voile d'ignorance
  - Respecter en priorité **les droits fondamentaux**.
  - **Répartir équitablement des biens premiers** pour permettre à tous de mener leurs projets de vie.
  - **Principe du *maximin*** : améliorer en priorité la situation des individus les plus défavorisés.
- Champ de recherche en philosophie politique pour préciser le modèle de justice rawlsien.
- Champ de recherche en économie pour adapter outils du calcul éco. à ces modèles de justice (Fleurbaey & Adler, 2016).
- **Trois principales voies** actuellement ouvertes :
  - Approche par les capacités ICECAP (Université de Bristol ; Coast et al. 2008 )
  - Analyse distributionnelle (Université de York ; Asaria et al. 2015 ; Cookson et al. 2017 ; Cookson et al.2020)
  - Approche Revenu équivalent santé

---

# Objectif de la présentation

- Présenter les travaux menés pour opérationnaliser cette 3<sup>e</sup> approche
- Illustrer le champ des possibles en matière d'évaluation économique en santé
  - **Adapter les outils** aux **cadres normatifs retenus** et non l'inverse
  - Travaux conduits pour **remédier aux limites de nos outils**

# L'approche Revenu équivalent santé



# Approche RES

- Le Revenu équivalent santé (RES), un outil pour opérationnaliser un modèle de justice de type rawlsien :
  - Répartir les ressources de façon à réduire les inégalités sur les dimensions de la vie que l'on considère collectivement comme étant les plus importantes et vis-à-vis desquels la collectivité aurait une responsabilité (Fleurbaey, 1995).
  - Prendre en compte les principes rawlsiens tout en conservant les outils et le cadre théorique de l'économie du bien-être et la théorie du choix social (*Ni perfectionniste ni welfariste : l'indice premiers est possible*, Fleurbaey, 2003).

RES : Indice de bien-être qui permet d'évaluer la situation des individus sur deux dimensions (santé et revenu) en tenant compte de leurs préférences : le revenu qui donnerait à l'individu le même niveau de bien-être s'il était en parfaite santé, plutôt que dans l'état de santé dans lequel il se trouve.

RES = revenu actuel – la disposition à payer pour être en parfaite santé

Avantages :

**Métrique unique** pour mesurer les coûts et les effets sur la santé → permet d'estimer **une fonction de bien-être social** et d'intégrer différents degrés d'aversion aux inégalités.

Conserve l'information sur les revenus des individus (contrairement à l'analyse coût-bénéfice standard)

→ prendre en compte de façon extensive les conséquences de l'intervention.

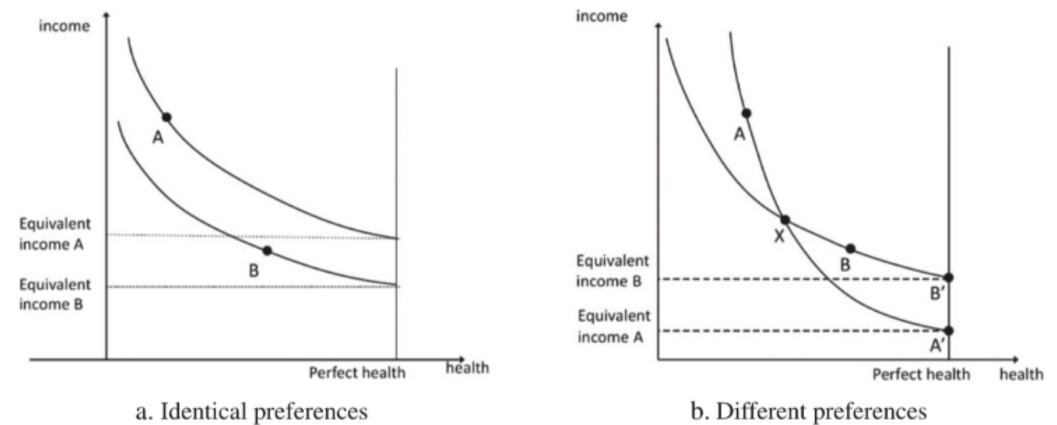


Figure 1: Source: Samson et al., 2018

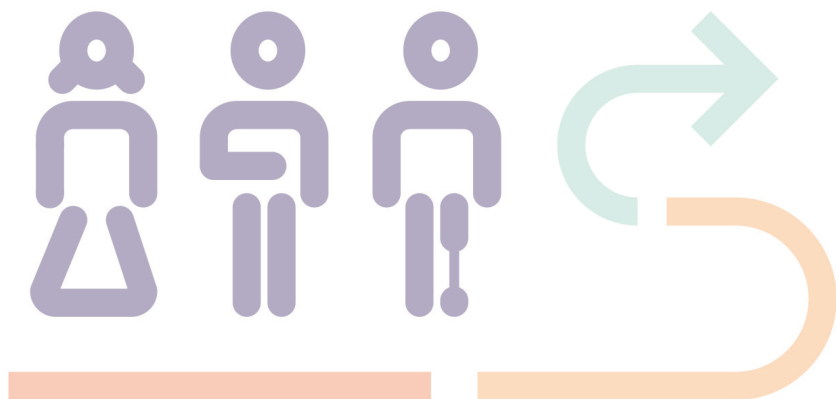
# Approche RES

- Principe d'une évaluation fondée sur l'approche RES :
  - Estimer la distribution des RES dans un échantillon représentatif de la population générale
  - Simuler l'impact de traitements sur ces distributions
    - Impact des événements sur la disposition-à-payer pour la parfaite santé
    - Impact sur les restes-à-charges
    - Impact sur les contributions des ménages aux dépenses de l'AM
  - On agrège les RES dans une fonction de bien-être social (de type Atkinson) intégrant des degrés variables d'aversion aux inégalités

$$SW = \frac{1}{1-\rho} \sum_i (y_i^*)^{1-\rho},$$

- $\rho$  paramètre d'aversion aux inégalités
  - Le choix de  $\rho$  est un jugement de valeur, il est possible de présenter les différents résultats en fonction de la valeur de  $\rho$ .
- On recommande l'intervention maximise le bien-être social.

# Etat d'avancée des travaux



- **Des premiers travaux qui présentaient certaines limites**

- Enquête 2009 financée par la Chaire Dauphine (n= 3000) en population générale
  - Faible représentation d'individus atteints de maladies sévères qui limitaient l'utilisation des données pour évaluer des innovations.
  - **NB : Préférences *ex post***
- Une première application dans le contexte de l'hypertension artérielle en prévention primaire (Samson et al. 2018).
  - Une méthode de modélisation inadaptée qui contraignait à limiter le nombre d'événements simulés.
  - La méthode de modélisation avait été construit de façon *ad hoc* ce qui limitait l'appropriation de l'approche par les évaluateurs.

# Objectifs de la Chaire INCA Dauphine

- Lever les limites susmentionnées et démontrer la possibilité de mobiliser l'approche pour guider la décision publique.
- Appliquer l'approche pour évaluer des innovations en cancérologie (thérapeutiques ou préventives)
- Travaux engagés :
  1. Un modèle de microsimulation adapté aux prérequis théoriques de l'approche RES, facilement appropriable par la communauté des évaluateurs.
    - Ex. ex post egalitarianism → *implique d'appliquer les pondérations d'aversion aux inégalités sur chaque issue de trajectoires possibles*
  2. Trois enquêtes :
    - PreSanCa: Enquête menée face-à-face en partenariat avec le Centre H. Becquerel de Rouen auprès de femmes en rémission d'un cancer du sein (n=1200)
    - EXCOMFAIR: Enquête en ligne (panel) en population générale pour tester différentes méthodes d'élicitation et l'introduction de dimensions supplémentaire (interactions sociales)
    - PreSanGen: Enquête en ligne (pane) en population générale pour actualiser les données de 2009.
- Financement Chaire INCA Dauphine, présidée par Pr Brigitte Dormont
- Equipe : Pauline Chauvin (Paris Cité), Hélène Huber (Paris 1), Marc Fleurbaey (PSE), Anne-Laure Samson (Paris II), Erik Schokkaert (Leuven University), Stéphane Luchini (CNRS), Thomas Vermeulin (Centre H. Becquerel)  
(Coordination C. Thébaut)