



Les arguments économiques en faveur de l'action sur les déterminants sociaux des inégalités de santé

**Rapport du Groupe de Travail 5 du projet
DETERMINE**

*Teresa Lavin et
Owen Metcalfe
Décembre 2009*



Résumé

DETERMINE est un Consortium de l'Union européenne pour l'action sur les déterminants socioéconomiques de la santé (DSS). L'objectif global de DETERMINE est de parvenir à sensibiliser les décideurs de tous les secteurs politiques et à accroître leurs capacités afin qu'ils tiennent compte de la santé et de l'équité en santé ; et de renforcer la collaboration entre le secteur de la santé et les autres secteurs.

DETERMINE se compose de sept groupes de travail complémentaires mais indépendants. Le présent document synthétise les activités menées au cours de la seconde année par le groupe de travail 5. Il examine si et comment les arguments économiques sont utilisés pour soutenir l'action au niveau de l'UE et dans 12 pays et régions à travers l'Europe.

Il existe de sérieux arguments économiques pour investir dans la santé au niveau de la population et les bénéfices de la réduction des inégalités de santé commencent à être reconnus en termes économiques. De plus, la récente Communication de la Commission européenne, *Solidarité en matière de santé : Réduire les inégalités de santé dans l'UE*, indique une préoccupation pour les inégalités de santé au niveau de l'UE.

Les données présentées ici ouvrent la voie à des études plus approfondies au niveau de l'UE et de ses états membres pour analyser en termes économiques les impacts sur la santé des politiques qui abordent les déterminants sociaux de la santé. De tels travaux peuvent contribuer à étoffer la base de données probantes susceptible de soutenir l'argument selon lequel il est plus efficace d'investir pour aborder les inégalités de santé en agissant sur leurs déterminants que de payer pour les conséquences de ces inégalités.

Remerciements

Ce rapport émane du projet *DETERMINE : un Consortium de l'UE pour l'action sur les Déterminants socioéconomiques de la Santé*. Il a été rédigé par Teresa Lavin et Owen Metcalfe, de l'Institut irlandais de Santé publique. Les auteurs tiennent à remercier les personnes suivantes pour leurs contributions :

Ingrid Stegeman, EuroHealthNet

Veerle Stevens, VIGeZ – Institut flamand pour la Promotion de la Santé, BELGIQUE

Eve-Mai Rao et Tiia Pertel, Institut national pour le Développement de la Santé,
ESTONIE

Marita Sihto, THL – Institut national pour la Santé et l'Aide sociale, FINLANDE

Jorlaug Heimisdottir, Institut islandais de Santé publique, ISLANDE

Joop ten Dam et Janine Vervoordeldonk, NIGZ – Institut néerlandais pour la Promotion de la Santé et la Prévention des Maladies, PAYS-BAS

Claire Higgins, Institut irlandais de Santé publique, IRLANDE DU NORD¹

Elisabeth Fosse, HEMIL – Centre de Recherche pour la Promotion de la Santé,
Université de Bergen, NORVÈGE

Justyna Car, Institut national d'Hygiène, POLOGNE

Sheila Beck, NHS Health Scotland, ÉCOSSE

Igor Krampac et Olivera Stanojevic, Institut régional de Santé publique de Maribor,
SLOVÉNIE

Sara Darias Curvo, Université de La Laguna, Tenerife, ESPAGNE

Malcolm Ward, Centre gallois pour la Santé, PAYS DE GALLES

Les auteurs voudraient également remercier Marc Suhrcke, Peter Smith et Silvia Evers pour leurs commentaires qui ont été utiles tout au long du développement du modèle ainsi que pour l'article final.

¹ L'Institut irlandais de Santé publique travaille à la fois en Irlande du Nord et en République d'Irlande.

DETERMINE est coordonné par EuroHealthNet, en collaboration avec l'Institut national de Santé publique de la République Tchèque. Ce projet a bénéficié d'un cofinancement de la Commission européenne, dans le cadre de son Programme de Santé publique.

DETERMINE, Document de travail.....

.....Décembre 2009

www.health-inequalities.eu

Résumé.....	2
Remerciements.....	3
Introduction.....	6
1. Conception de l'instrument et collecte de données	8
2. Préparer des arguments économiques pour les faire valoir	11
3. Opportunités et difficultés de l'utilisation d'arguments économiques	18
4. Exemples d'évaluations économiques qui tiennent compte des résultats de santé	28
5. Conclusion et recommandations	38
Références.....	44
Appendice 1 : Glossaire des termes fréquemment utilisés	52
Appendice 2 : Calendrier des tâches & questionnaire	53

Introduction

DETERMINE est un projet de trois ans (2007-2010) soutenu par la Commission européenne et coordonné par EuroHealthNet. Il rassemble un Consortium de haut-niveau dans lequel 26 pays européens sont représentés avec un objectif global de soutenir et d'aider les décideurs et les praticiens de tous les secteurs politiques à accorder à la santé et aux inégalités de santé une plus grande priorité dans le développement de leurs politiques. Un objectif central de DETERMINE est de renforcer la base de connaissances sur les politiques et les actions qui abordent les déterminants sociaux des inégalités de santé. DETERMINE consiste en sept groupes de travail indépendants mais complémentaires. Les contributions spécifiques du groupe de travail 5 sont :

- Année 1 : Identification et examen des approches de l'UE et de ses états membres pour aborder les déterminants sociaux des inégalités de santé.
- Année 2 : Identification et examen des arguments économiques pouvant soutenir ce travail.

Le présent document de travail résume les activités du groupe de travail 5 au cours de la seconde année du projet. Pour connaître les activités de ce même groupe au cours de la première année et pour en savoir plus sur le projet DETERMINE, visitez www.health-inequalities.eu

Le chapitre un décrit comment la tâche a été développée et comment les données ont été recueillies. Le chapitre deux fournit les résultats d'un examen de la littérature disponible sur les arguments économiques en faveur de l'action sur les déterminants sociaux des inégalités de santé. Des rapports fournis par des partenaires de DETERMINE sont présentés dans les chapitres trois et quatre : le chapitre trois expose les opportunités et les difficultés de l'utilisation d'arguments économiques en faveur de l'action sur les inégalités de santé tandis que le chapitre quatre donne des exemples d'évaluations économiques menées au niveau de l'UE et de ses états membres, et ayant tenu compte de résultats de santé. Le chapitre cinq propose des conclusions et des recommandations. Un glossaire

des termes fréquemment utilisés figure à l'Appendice 1 tandis que l'Appendice 2 donne des informations complémentaires sur l'organisation du projet.

1. Conception de l'instrument et collecte des données

Introduction

Ce chapitre fournit un aperçu de la manière dont le cadre de référence pour l'identification et l'examen des arguments économiques en faveur de l'action sur les déterminants sociaux des inégalités de santé a été développé. Il décrit également comment les données ont été recueillies et fournit des commentaires d'ordre général à des réponses reçues.

But et objectifs

Le but de cette tâche était de mieux comprendre si et comment les arguments économiques étaient utilisés pour aborder les déterminants sociaux des inégalités de santé au sein de certains états membres sélectionnés, ainsi que par les institutions de l'Union européenne. Il est prévu d'utiliser les résultats de cette tâche pour parvenir à ce que des approches dont l'efficacité aura été prouvée soient adoptées de façon plus large afin de lutter contre les inégalités de santé.

Les objectifs de cette tâche étaient les suivants :

- Examiner les opportunités et les difficultés de l'utilisation d'arguments économiques en faveur de l'action sur les déterminants sociaux des inégalités de santé.
- Identifier des exemples d'évaluations économiques pertinentes qui considèrent les résultats en termes de santé et d'inégalités de santé.

Contributeurs

On a demandé aux membres du Consortium DETERMINE ayant un intérêt spécifique dans le groupe de travail 5 d'évaluer la situation au sein de leur propre pays ou région. Des partenaires représentant 12 pays et régions de toute l'Europe ont entrepris ce travail tandis que EuroHealthNet examinait la situation au niveau de l'UE. Des contributions d'ordre général ont également été reçues de membres supplémentaires du Consortium DETERMINE. Cette tâche a été coordonnée par l'Institut irlandais de Santé publique.

Développement du document d'orientation et du questionnaire

Un premier cadrage de la tâche a eu lieu lors de la seconde réunion du Consortium DETERMINE, en mai 2008. Suite à cette rencontre, un examen de la littérature pertinente en la matière a été entrepris et des téléconférences se sont tenues avec trois informateurs clés afin de clarifier ce que l'on savait déjà sur les arguments économiques en faveur de l'action sur les déterminants sociaux des inégalités de santé, ainsi que la manière dont le projet DETERMINE pouvait mettre en œuvre et faire progresser ce travail. Cela a permis de documenter un questionnaire préliminaire qui a été discuté et examiné avec les différents partenaires lors d'un atelier qui s'est tenu en août 2008. Durant cet atelier, l'une des questions retenue concernait le fait de savoir dans quelle mesure les différents domaines politiques devaient être inclus. Il a été décidé que l'accent serait mis sur les politiques menées par des secteurs autres que celui de la santé. Cependant, les politiques de santé publique liées, par exemple, au tabagisme, à l'obésité et à l'activité physique seraient incluses tandis que d'autres politiques de soins de santé, notamment en matière de traitement et de services, seraient exclues.

La première partie du questionnaire cherchait à identifier des exemples d'évaluations économiques, puis à examiner la manière dont celles-ci se sont déroulées, et quelles ont été leurs difficultés et leurs réussites. La seconde partie du questionnaire a été conçue pour examiner les arguments économiques utilisés, qui en étaient les principaux instigateurs et à qui ces arguments étaient destinés. S'il existait un débat limité autour de ces questions, on demandait aux partenaires de commenter pourquoi ils pensaient qu'il en était ainsi et d'inclure leurs suggestions d'actions futures dans ce domaine.

Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée entre septembre 2008 et janvier 2009. Les partenaires étaient chargés de recueillir les données dans leur propre pays ou région à l'aide du modèle de questionnaire. EuroHealthNet, en collaboration avec le dirigeant du

groupe de travail, a coordonné la collecte de données au niveau de l'UE. Il a été décidé qu'en raison des contraintes de temps et de ressources, il ne s'agissait pas pour les partenaires d'entreprendre un examen exhaustif de l'ensemble des politiques dans tous les secteurs.

Un total de treize questionnaires remplis a été reçu. Un autre partenaire a pu fournir des commentaires d'ordre général mais n'est pas parvenu à compléter le questionnaire. La plupart des partenaires ont indiqué qu'ils avaient eu recours à une combinaison de leurs propres connaissances et de l'expertise de collègues et d'autres experts pour compléter le questionnaire. Une grande variation a été notée au niveau de la profondeur des réponses fournies et plusieurs partenaires ont fait état des difficultés qu'ils ont eues à identifier des exemples pertinents d'évaluations économiques. Dans l'ensemble, on a recueilli plus d'informations en examinant les opportunités et les difficultés pour faire progresser cette approche que de réels exemples d'évaluations économiques. Mais évaluer dans quelle mesure les exemples fournis et les questions soulevées reflètent l'activité globale dans ce domaine dans les différents pays et régions ne relève pas de la présente tâche.

Les résultats rapportés dans les chapitres suivants doivent être interprétés en tenant compte de la quantité restreinte des données disponibles dans ce domaine, de l'expertise insuffisante qui est consacrée à aborder cette question dans de nombreux pays ainsi que des ressources limitées qui étaient allouées à cette partie du projet. Les auteurs voient dans ces résultats et dans le présent rapport une première étape utile pour aborder ce domaine complexe.

2. Préparer des arguments économiques pour les faire valoir

Introduction

Ce chapitre présente les résultats à la fois d'un examen de la littérature disponible réalisé en juin 2008 et d'études supplémentaires effectuées en avril 2009. L'examen a été entrepris pour aider à documenter et à orienter la collecte des données à l'avenir, en établissant les principaux arguments économiques en faveur de l'action sur les déterminants sociaux des inégalités de santé.

En termes économiques, la santé peut être envisagée à la fois comme un capital et comme un bien de consommation. Dans le cas de la santé comme capital, les gens en bonne santé sont plus attractifs que ceux en mauvaise santé du fait de leur plus grande habilité à être économiquement productifs. La santé en tant que bien de consommation a à voir avec la contribution que la bonne santé apporte au bien-être, au bonheur ou à la satisfaction d'un individu.

Il est plus efficace d'investir de façon ciblée pour aborder les inégalités de santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé que de payer plus tard pour les conséquences de ces inégalités. Dès lors, il s'ensuit que le fait d'aborder les inégalités de santé n'est pas seulement une question de justice sociale mais contribue également à la croissance économique.

Les bénéfices économiques d'une meilleure santé

Il existe de forts arguments économiques en faveur de l'investissement pour la santé au niveau de la population. En 2001, la *Commission de l'OMS sur la Macroéconomie et la Santé* a démontré qu'une population en meilleure santé pouvait représenter des bénéfices économiques conséquents pour des pays avec des économies en développement. Les

auteurs estimaient que 50% du différentiel de croissance entre pays riches et pauvres était dû à une mauvaise santé et à une espérance de vie plus courte. Accroître l'espérance de vie à la naissance de 10% grâce à des investissements ciblés pour lutter contre les principales causes de décès prématurés pourrait augmenter le taux de la croissance de 0,35% par an. (1)

Les bénéfices économiques pourraient bien ne pas être limités aux seuls pays en voie de développement. En 2005, un examen des données disponibles dans les pays à revenus élevés concluait qu'il "existe des preuves considérables et convaincantes selon lesquelles des bénéfices économiques significatifs peuvent être réalisés en améliorant la santé, non seulement dans les pays en voie de développement mais aussi dans les pays développés." Ce rapport met en évidence quatre canaux par lesquels cela peut être réalisé: une plus grande productivité, une main d'œuvre plus abondante, des compétences améliorées résultant d'un plus haut degré d'éducation et de formation, et une augmentation des économies réalisées pour investir dans le capital physique et intellectuel. (2) Des travaux plus récents suggèrent cependant que ces données sont moins concluantes quant aux liens entre la santé et l'économie, en particulier au niveau macro. (3)

Ces questions ont été considérées dans le développement d'une stratégie de santé pour l'UE qui a débuté avec un processus de réflexion en 2004. (4) Le second des quatre principes développés dans la stratégie *Ensemble pour la santé*, "La santé est le plus précieux des biens", établit que la santé est une condition préalable à la productivité et à la prospérité économique. Il souligne également que l'espérance de vie en bonne santé, plus que la simple espérance de vie, est le facteur clé de la croissance économique et suggère l'intégration du nombre d'années de vie en bonne santé comme Indicateur structurel de Lisbonne pour souligner cette distinction. (5) Le rôle des systèmes de soins de santé dans le soutien de la croissance et de l'emploi a été reconnu dans un rapport commandité dans le cadre de la révision à mi-parcours de la Stratégie de Lisbonne. Ce document, intitulé *Relever le défi : La stratégie de Lisbonne pour la croissance et l'emploi*, note l'importance du rôle des systèmes de soins de santé "... dans la promotion

de la cohésion sociale, de la productivité de la main d'œuvre, de l'emploi et donc, de la croissance économique.” (6)

Le coût économique de la mauvaise santé

Une bonne compréhension du coût de la mauvaise santé est un prérequis pour évaluer les bénéfices économiques d'un investissement dans la santé. Si les coûts des soins de santé sont conséquents et en augmentation, ceux-ci ne représentent qu'une partie du tableau global.

Si l'on ne tient pas compte de ce que coûte la mauvaise santé au système social, on risque de sous-évaluer les bénéfices économiques réels que l'on tire des interventions de santé. Trois perspectives ont été identifiées pour obtenir un tableau plus complet des coûts de la mauvaise santé. Une perspective au sens large qui englobe les coûts du système social ; une perspective limitée qui tient compte des coûts micro- et macroéconomiques ; et une perspective très limitée qui se concentre sur les coûts des soins de santé. (7)

Les études sur le coût de la maladie séparent ces coûts en trois composants : les coûts directs, c'est-à-dire associés au traitement de la maladie ; les coûts indirects, c'est-à-dire associés à la perte de productivité due à la morbidité ou aux décès prématurés et ; les coûts intangibles qui comprennent les dimensions psychologiques de la maladie. Dans de nombreux cas cependant, seuls les deux premiers éléments sont mesurés. Un examen des études portant sur le coût de la maladie a trouvé que le coût des maladies chroniques pouvait aller de 0,02% à 6,77% du PIB d'un pays. Il est notamment apparu que les maladies cardiovasculaires représentaient entre 1 et 3% du PIB dans la plupart des pays développés. (8)

Le coût des inégalités de santé

On entend par inégalités de santé la différence dans les résultats de santé entre différents groupes de population, y compris dans les groupes socioéconomiques. On estime que de

telles inégalités réduisent l'espérance de vie moyenne dans l'UE² de 1,84 années ce qui équivaut approximativement à 11,4 millions d'années de vie perdues. Parallèlement, du fait de l'existence d'inégalités, l'espérance de vie en bonne santé est réduite d'une moyenne de 5,14 années, ou approximativement 33 millions d'années de vie en bonne santé perdues. (9) Si ces chiffres représentent l'Union des 25 dans sa globalité, la large variation dans la magnitude des inégalités de santé au sein des états membres est bien connue, avec certains pays du Sud de l'Europe présentant des inégalités plus restreintes et la plupart des pays de l'Est et de la Baltique connaissant des inégalités plus large que la moyenne européenne. (10)

Ces inégalités ont des implications économiques significatives pour l'UE et ses états membres. Lorsque la santé est valorisée comme étant un capital, les pertes liées à ces inégalités ont été estimées à un coût d'environ 141 milliards d'euros en 2004, soit 1,4% du PIB. On atteint les 1.000 milliards d'euros ou 9,5% du PIB lorsque la santé est considérée comme un bien de consommation. (9)

Aborder les inégalités de santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé

Si le coût pour la société de la mauvaise santé dépasse le coût du traitement de la maladie, prévenir la mauvaise santé et réduire les inégalités de santé ne relève cependant pas de la responsabilité du seul système de soins de santé. La santé et les inégalités de santé sont largement déterminées par des facteurs extérieurs au secteur des soins de santé, notamment à de faibles niveaux de revenus, au chômage, à des environnements défavorisés, à un faible niveau d'études et à des conditions de logement médiocres. (11) Améliorer la santé et réduire les inégalités de santé nécessite par conséquent une action et un investissement de tout un gouvernement pour lutter contre ces causes fondamentales. (2)

La *Charte de Tallinn*, signée en juin 2008 lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les Systèmes de Santé, réaffirme que "...investir dans la santé, c'est investir

² Ces calculs sont basés sur les membres que comptait l'UE en 2004 (25 états membres)

dans le développement humain, le bien-être social et la prospérité.” Elle comprend un engagement des états membres à “...investir dans les systèmes de santé³ et favoriser les investissements multisectoriels qui influencent la santé, en se fondant sur les bases factuelles disponibles concernant les liens entre le développement économique et la santé.” (12)

Suite au rapport de la Commission de l’OMS sur les Déterminants sociaux de la Santé, *Comblent le fossé en une génération* (13), la 62^{ème} Assemblée mondiale de la Santé a appelé tous les états membres “...à prendre en compte l’équité en santé dans toutes les politiques nationales qui abordent les déterminants sociaux de la santé.” (14)

Les politiques sociales sont essentielles pour briser le cercle vicieux qui lie la mauvaise santé, la pauvreté et l’exclusion sociale. Un rapport commandité par la Direction générale de la Commission européenne pour l’emploi, les affaires sociales et l’égalité des chances (DG EMPL) établit le coût économique et social de l’absence de politiques sociales d’une qualité appropriée, et montre que plus d’équité peut aller de pair avec plus d’efficacité. Ce rapport conclut que les politiques sociales basées sur un investissement dans le capital humain et social aboutissent à une plus grande efficacité économique dans la mesure où ils améliorent la productivité et la qualité de la main d’œuvre. (15)

Les difficultés concernant les données sur la rentabilité des actions

Le *Rapport Wanless au Ministère britannique des Finances* a mis en évidence la nécessité de mener davantage d’évaluations économiques des politiques promotrices de santé, dans la mesure où l’absence de telles données est considérée comme un obstacle significatif à l’obtention de l’engagement des gouvernements. (16) Cependant, le fait de mener des évaluations économiques de politiques touchant les déterminants sociaux de la santé et les inégalités de santé soulève un certain nombre de difficultés méthodologiques car les politiques et les interventions qui abordent les questions de santé publique

³ Le terme Systèmes de Santé désigne l’ensemble des acteurs, organisations, institutions et ressources susceptibles de promouvoir la santé dans une société.

génèrent des coûts et des bénéfices très larges. Un examen des études menées dans ce domaine a identifié quatre difficultés principales : attribuer les résultats aux interventions; mesurer et apprécier les résultats ; intégrer les considérations d'équité ; et identifier les coûts et les conséquences intersectoriels. (17) Une note d'information qui a examiné la situation actuelle des évaluations économiques des interventions de santé publique a trouvé que même là où les résultats pouvaient être attribués aux interventions, ils subissaient généralement un long décalage qui ne cadrerait pas avec la préférence de la plupart des décideurs pour des bénéfices rapides. De plus, à la différence de nombreuses interventions cliniques, les interventions de santé publique nécessitent souvent un changement dans les comportements de la population ou des individus pour être efficaces; le changement comportemental lui-même doit donc être inclus dans l'analyse économique. Étant donné les difficultés associées à l'organisation des évaluations économiques des politiques promotrices de santé, les auteurs affirment que "...les données probantes issues d'évaluations économiques sont actuellement insuffisantes pour documenter en profondeur l'élaboration des politiques de santé publique." Ils suggèrent cependant que "...cet état de choses peut être changé, mais nécessitera une solide orientation pour garantir que les priorités en matière de données fournies par les évaluations économiques soient organisées et coordonnées au niveau local, régional et national." (18)

Calculer les coûts et les bénéfices distributifs des interventions de santé publique à travers les différentes parties de la population ajoute encore à la complexité de la conduite d'évaluations économiques. Dans la pratique, de nombreuses évaluations économiques ne tiennent pas compte de l'impact de l'intervention sur différents groupes de population, considérant plutôt la population globale dans leur analyse. Même lorsque l'on sait pertinemment que l'impact d'une intervention particulière est susceptible de connaître une répartition inégale à travers les différents groupes de la population, il reste difficile d'intégrer cette dimension dans une évaluation économique.

Conclusion

Les arguments économiques en faveur d'un investissement intersectoriel dans la santé gagnent du terrain à travers l'Europe et l'on apprécie de plus en plus les bénéfices économiques qui pourraient être réalisés si l'on entreprenait des actions pour réduire les inégalités de santé. Bien que difficiles à entreprendre, des efforts sont cependant déployés afin d'analyser en termes économiques l'impact sur la santé et sur les inégalités de santé d'une série de politiques extérieures au domaine des soins de santé. Par exemple, le Groupe mondial pour l'équité en santé (sous la direction de M. Marmot) entreprend actuellement un examen stratégique des inégalités de santé en Angleterre post 2010 qui intègre la perspective économique. (19) L'un des contributeurs, le Centre pour l'Économie de la Santé en Angleterre, a récemment publié *Un cadre de référence économique pour analyser les déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé* qui comprend un examen des approches économiques de l'évaluation et une définition des priorités pour les politiques destinées à réduire les inégalités de santé. (20)

En fournissant des données initiales, les rapports mis en avant ici peuvent ouvrir la voie à des recherches futures au niveau de l'UE et de ses états membres afin d'analyser en termes économiques les impacts sur la santé des politiques qui abordent les déterminants sociaux de la santé. De tels travaux peuvent contribuer à étoffer la base factuelle qui soutient l'argument selon lequel investir pour aborder les inégalités de santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé est plus rentable que de payer pour les conséquences de ces inégalités.

3. Opportunités et difficultés de l'utilisation des arguments économiques

Introduction

Ce chapitre examine les opportunités et les difficultés que représente l'utilisation des arguments économiques en faveur de l'action sur les déterminants sociaux des inégalités de santé, tel que cela a été rapporté par les partenaires de DETERMINE. De nombreux facteurs influents ont été décrits et regroupés en six domaines différents :

- Le soutien accordé au fait d'aborder les déterminants sociaux des inégalités de santé.
- L'acceptation de l'utilisation d'arguments économiques pour parvenir à de meilleurs résultats de santé.
- Des arguments clairs et significatifs.
- Le leadership des ministères chargés de la santé.
- Le fait de disposer d'une main d'œuvre, de données et de techniques spécialisées.
- La prise en compte de la santé dans les procédures d'évaluation.

Le soutien accordé au fait d'aborder les déterminants sociaux des inégalités de santé

Les résultats de la première année du projet ont indiqué que relativement peu de pays disposaient d'une politique gouvernementale mettant l'accent sur les déterminants sociaux des inégalités de santé. En l'absence de soutien politique, il est moins probable que les secteurs extérieurs à celui de la santé tiennent compte des impacts sur la santé de leurs politiques de manière courante ou systématique. Au cours de cette première année, il est apparu que les impacts potentiels sur la santé n'étaient souvent pas reconnus dans les politiques formulées par des secteurs tels que celui des transports, de l'agriculture et du logement. (21)

Un schéma a été observé entre l'existence d'une politique gouvernementale qui reconnaît les déterminants sociaux de la santé et les inégalités de santé, et l'intégration courante des

résultats de santé dans les évaluations économiques des politiques extérieures au domaine de la santé. Dans les pays où il existe un fort soutien politique en faveur d'une perspective pour la santé dans toutes les politiques, il apparaît plus probable que les résultats de santé soient pris en compte dans les évaluations économiques des politiques extérieures au domaine de la santé. D'un autre côté, de nombreux pays restent globalement peu sensibles aux déterminants sociaux de la santé et les secteurs extérieurs à celui de la santé ne reconnaissent pas ou accordent peu de valeur aux résultats de santé dans leurs politiques. Ainsi, lorsque des évaluations économiques de ces politiques sont menées, il apparaît que les coûts et les bénéfices potentiels pour la santé sont moins susceptibles d'être pris en compte dans l'analyse.

L'acceptation de l'utilisation des arguments économiques pour parvenir à de meilleurs résultats de santé

Le principe selon lequel les arguments économiques devraient être utilisés pour soutenir l'action sur les déterminants sociaux des inégalités de santé a suscité des réponses mitigées. Plusieurs partenaires ont suggéré que les arguments économiques n'étaient pas utilisés de façon courante en raison d'un manque d'acceptation de tels arguments. Dans ces cas-là, la réticence à utiliser les arguments économiques se basait sur les raisons suivantes :

- Des arguments moraux/éthiques d'ordre général, par exemple “...la préoccupation devrait être de produire de la santé et non d'économiser de l'argent” et “...le rôle de l'état n'est pas de générer des revenus mais de garantir une meilleure qualité de vie à ses citoyens.”
- Le long décalage entre l'intervention et ses bénéfices dans de nombreuses interventions de promotion de la santé pourrait amener ces interventions à être considérée comme présentant un faible rapport qualité-prix, en particulier si l'on adopte une perspective à court ou à moyen terme.
- Les interventions auprès de certains groupes de la population pourraient nécessiter des investissements initiaux plus élevés, ou produire des bénéfices moins

conséquents, et par là-même, être considérées comme présentant un faible rapport qualité-prix en comparaison avec des interventions visant l'ensemble de la population.

- Les arguments économiques pourraient être perçus comme n'étant pas pertinents ni nécessaires, par exemple, là où le niveau de vie est élevé, ou bien là où la responsabilité personnelle en matière de santé est fortement valorisée.

La légitimité de l'utilisation des arguments économiques est traitée dans le rapport norvégien *Les effets sur la santé dans les analyses économiques nationales*. Celui-ci s'intéresse tout particulièrement à la perspective de l'équité et suggère que "...appliquer une valeur économique aux vies et à la santé n'est pertinent que dans des analyses économiques globales. Ce type d'évaluation ne devrait pas être appliqué à des traitements ou à des interventions spécifiques. Il est important que les évaluations économiques des interventions et des traitements ne soient pas menées à un niveau individuel." (22) Cela est tout particulièrement pertinent par rapport à la question de l'équité soulevée par les partenaires de DETERMINE concernant la répartition de ressources limitées parmi différents groupes de la population.

Ce rapport fait également référence aux points de vue convergents des ministères pertinents "...par le passé, le Ministère des Finances utilisait des arguments économiques et le Ministère de la santé utilisait des arguments sanitaires. Aujourd'hui, le débat semble être plus équilibré et les arguments des deux domaines sont considérés comme pertinents par les deux partenaires." (22)

Des arguments clairs et significatifs

Certains partenaires ont suggéré que les arguments économiques censés soutenir une approche pour la santé dans toutes les politiques devraient être clarifiés et présentés d'une manière qui parle aux responsables politiques des différents secteurs. En Écosse, par exemple, le rapport du groupe de travail ministériel sur les inégalités de santé, *Equally Well*, établit que "...une réduction des inégalités de santé, obtenue en améliorant la santé

des plus défavorisés, est susceptible de déboucher sur une réduction des coûts pour les Services nationaux de Santé (NHS) et pour la société en général.” (23)

Établir de manière explicite le coût économique de la mauvaise santé ou les économies réalisées par le maintien d'un bon niveau de santé de la population a également été considéré comme utile. De tels coûts ont été calculés pour plusieurs causes de mauvaise santé en Écosse, notamment pour l'alcool, le tabagisme, l'obésité, la maladie mentale, les grossesses chez les adolescentes et l'asthme. Parmi toutes ces causes, on estime que la maladie mentale subit les coûts les plus élevés –1,5 milliards de livres sterling par an pour le NHS Scotland et plus de 7 milliards de livres sterling par an pour les coûts économiques et sociaux plus larges. On estime que les maladies liées à l'alcool coûtent 110 millions de livres sterling par an au NHS, tandis son coût économique, humain et social global s'élève à quelques 736 millions de livres sterling par an. (23)

Un exemple tiré de Norvège lie de façon explicite la participation à la main d'œuvre et l'existence continue du système social. Un rapport du Ministère du Travail et de l'Intégration sociale établit clairement que ce dernier dépend des contributions des employés et ne peut se maintenir que si la main d'œuvre reste en bonne santé. (24) En Slovaquie, on s'est préoccupé des inégalités géographiques en matière de santé. Le fait de démontrer une relation entre les indicateurs d'une mauvaise santé et une performance sociale et économique plus faible au niveau régional a suscité une réponse à la fois de la part des politiques et des professionnels. (25)

Le leadership des ministères chargés de la santé

Si les politiques gouvernementales globales fixent le cadre général pour soutenir les arguments économiques, il a été suggéré par l'OMS, notamment, que le leadership devait provenir des ministères chargés de la santé. (12) Un exemple nous est fourni par les Pays-Bas dont le Ministère de la Santé a abordé plusieurs conseils consultatifs nationaux, parmi lesquels le Onderwijsraad (Conseil consultatif pour l'Éducation), le ROB (Conseil pour le Gouvernement public), le RVZ (Conseil pour la Santé publique et les Soins de

Santé) et le SER (Conseil consultatif économique et social), et leur a demandé d'identifier les domaines d'intérêt commun qu'ils partageaient avec la santé. (26) A propos du leadership au sein de ce Ministère, il convient encore de mentionner qu'il a accueilli en novembre 2008 une conférence intitulée "Health is Wealth" ("La santé est un bien précieux"). (27)

Disposer d'une main d'œuvre, de données et de techniques spécialisées

Faisant écho aux résultats obtenus grâce à l'examen de la littérature disponible en la matière, de nombreux partenaires ont avancé que la complexité-même de l'organisation des évaluations économiques constituait un obstacle à leur conduite. Une proportion significative des évaluations économiques mentionnées dans le chapitre quatre ont été menées sur des politiques pour lesquelles le fait d'atteindre une meilleure santé était déjà un objectif explicite ; par exemple, les politiques liées au sevrage tabagique ou à la prévention du diabète. En revanche, on a rapporté moins d'exemples d'évaluations économiques qui tenaient compte des résultats de santé de politiques abordant les déterminants sociaux de la santé, comme celles liées aux transports ou à l'éducation. Plusieurs partenaires ont suggéré que là où les déterminants sociaux de la santé n'étaient pas reconnus par ceux qui entreprenaient ces évaluations, les résultats de santé étaient moins susceptibles d'être pris en compte. Même là où les politiques ont des résultats de santé explicites, il est plus probable que les évaluations économiques se concentrent davantage sur les déterminants individuels de la santé plutôt que sur les causes sociales. En outre, il est probable qu'elles ne tiennent pas toujours compte des résultats indirects ou à plus long terme, réduisant ainsi la rentabilité calculée d'une intervention.

Il a également été évoqué que la base de données probantes disponibles sur les déterminants sociaux de la santé n'était pas aussi fournie que celle dont on dispose pour les interventions cliniques ou médicales, et cela en raison de la difficulté d'en déterminer les effets. Cela est avéré dans un exemple fourni par la République d'Irlande qui constate des difficultés pour chiffrer de manière appropriée les bénéfices obtenus en termes de santé. Dans *l'Évaluation économique de la Distribution de l'Eau et des Projets contre le*

Gaspillage de l'Eau, les auteurs affirment que “...l'amélioration de la qualité de l'eau pourrait avoir des effets bénéfiques sur la santé, mais ceux-ci seront probablement difficiles à quantifier.” (28)

Certains partenaires ont rapporté qu'il existait un désaccord entre les experts au sujet de la méthodologie utilisée pour évaluer les résultats de santé en termes économiques. Cela est mis en évidence dans un rapport norvégien, *Le rôle du système de santé dans la société norvégienne*, qui affirme que “...les effets sur la santé et les effets distributifs sur la santé sont difficiles à mesurer et qu'il existe des limites concernant les facteurs mesurables. Les chiffres qui sont utilisés et comparés ne sont pas absolus mais relatifs. Ils servent également d'indicateurs et non de faits quant à la santé, à la prospérité et au bien-être. Ce ne sont pas des mesures dépourvues d'ambiguïtés et les relations causales sont complexes. Il existe aussi un certain désaccord entre les chercheurs concernant les mesures qui seraient les plus appropriées.” (29)

Tout en reconnaissant les difficultés que représente l'organisation de ces types d'évaluations économiques, un certain nombre de partenaires ont fait référence à des mesures destinées à faire progresser ces efforts. Par exemple, au Royaume-Uni, toutes les recommandations de santé publique émises par l'Institut national pour la Santé et l'Excellence clinique (NICE) intègrent désormais une évaluation économique. Des directives supplémentaires ont été émises par le NICE sur la manière dont les données économiques sur la santé devaient être recueillies et analysées. (30) Le programme CHOICE de l'OMS (Choisir des Interventions rentables) contribue lui aussi à recueillir des données probantes en réunissant des bases de données régionales sur les coûts, l'impact sur la santé de la population et la rentabilité d'interventions de santé clés. (31) En Écosse, plusieurs mesures de résultats alternatives sont actuellement examinées pour tenter de saisir les facteurs complexes qui influencent la manière dont la rentabilité est mesurée. (32)

Tenir compte de la santé dans les processus d'évaluation

Certains partenaires ont évoqué des efforts pour intégrer la santé dans les processus d'évaluation d'impact. Par exemple, l'utilisation des évaluations économiques comme partie intégrante des évaluations d'impact a été identifiée dans le document *Prescriptions pour une Norvège en meilleure santé* (33) et décrit ensuite dans *Les effets sur la santé dans les analyses économiques nationales*. Ce dernier rapport soutient le développement de lignes directrices destinées à la fois au secteur de la santé et aux autres secteurs pour les évaluations économiques dans le domaine de la santé. Les effets distributifs sont également reconnus dans ce rapport et il est recommandé qu'ils soient inclus de façon explicite dans les analyses économiques ; les groupes socioéconomiques étant considérés comme des unités naturelles pour cela. (22) Les *Instructions pour les études et les rapports officiels*, utilisées par l'ensemble des ministères ainsi que par leurs organismes subordonnés pour clarifier les conséquences financières et administratives des réformes, ont recommandé que les politiques soient évaluées pour ce qui est de leurs impacts probables sur la santé. Cette recommandation a progressé et des outils analytiques tels que l'Évaluation d'Impact sur la Santé sont développées afin de mesurer les effets distributifs des politiques qui s'occupent des déterminants sociaux de la santé. (34) En Écosse, les impacts sur la santé sont pris en compte de façon courante dans les évaluations économiques menées sur les réglementations adoptées par la Direction de la Santé, comme par exemple, la législation sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics. (35)

Une série d'autres procédures d'évaluation ont été rapportées qui ne semblent pas prendre la santé en compte de manière systématique pour le moment, mais pourraient présenter des opportunités de le faire par la suite. L'Étude/l'Analyse d'Impact de Réglementation (EIR) est un outil utilisé pour évaluer les coûts, les bénéfices et les impacts probables des nouvelles réglementations. En Écosse, chaque nouvelle réglementation requiert une Étude d'Impact de Réglementation. Des exemples d'EIR portant sur une large série de politiques sont disponibles. (35) En République d'Irlande, l'introduction de l'Étude du Rapport Qualité-Prix et de l'Analyse d'Impact de Réglementation dans le service public irlandais et d'autres organismes du secteur public a abouti à une augmentation du nombre d'analyses économiques menées ces dernières années. Les EIR ont été introduites en

Irlande en juin 2005 dans le cadre d'un mouvement global pour une meilleure régulation du gouvernement. (36)

Au niveau de l'UE, de nombreux programmes de dépenses et de nombreuses politiques doivent subir une forme d'analyse économique par le biais de l'Évaluation d'Impact, et cela afin de mesurer les progrès et l'efficacité des mesures introduites. Dans la mesure où la cohésion sociale et économique et la solidarité figurent parmi les objectifs principaux de l'UE tels qu'ils ont été formulés dans l'Article 2 du Traité de la Communauté européenne, l'ensemble des politiques et des programmes très pertinents de l'UE devraient être évalués afin de déterminer s'ils contribuent à atteindre cet objectif. Cependant, là où l'impact sur la répartition sociale n'est pas une préoccupation explicite des politiques introduites, leur impact sur les différents groupes socioéconomiques ne sera probablement pas évalué.

Les Évaluations d'Impact (EI) analysent les impacts probables des politiques au niveau économique, environnemental et social, mettent en évidence les avantages et les inconvénients de chaque option et examinent les synergies et les échanges possibles. Cependant, un examen d'EI récentes a révélé que les résultats des analyses économiques étaient souvent donnés en termes généraux et que la plupart ne détaillaient pas les rapports coûts/bénéfices ou coûts/efficacité envisagés en termes monétaires.

En règle générale, toutes les initiatives politiques et les propositions de réglementation d'ordre majeur sur le Programme législatif et de travail annuel de la Commission européenne (CLWP) doivent être soumises à une Évaluation d'Impact. D'autres propositions ne figurant pas dans le CLWP mais pouvant avoir des impacts significatifs sont également susceptibles d'être soumises à une évaluation d'impact. La portée précise de cette application est décidée sur une base annuelle. (37)

La plupart des politiques de la Commission européenne (CE) subissent une forme ou l'autre d'évaluation, ce qui comprend l'analyse économique, mais chaque domaine majeur des dépenses de la CE apparaît avoir ses propres lignes directrices en matière

d'évaluation. De plus, même les domaines qui possèdent des lignes directrices claires quant à l'évaluation peuvent ne pas toujours s'y conformer. Par exemple, même si l'on recommande que l'assistance aux Politiques (régionales) de Cohésion soit soumise à une évaluation régulière et rigoureuse avant, pendant et après la mise en œuvre, il apparaît qu'il existe un manque au niveau des évaluations économiques dans les évaluations réalisées. Cela est confirmé par l'*Étude sur l'utilisation des analyses de rentabilité (AR) dans les évaluations de la CE* qui a trouvé que les AR étaient rarement appliquées en raison d'un manque de données appropriées pour les mener. Cette étude a identifié les principales conditions préalables à l'application des AR : la possibilité de se concentrer sur un seul effet ou sur les approches disponibles pour combiner plusieurs effets ; l'existence d'un indicateur reconnu ou d'une grille d'évaluation pour chacun des effets ; la possibilité de quantifier/de chiffrer les effets ; la possibilité de comparer plusieurs interventions/options/scénarios. Dans la mesure où un ou plusieurs de ces prérequis manquent dans de nombreux cas, il n'est pas surprenant que les AR soient loin d'être fréquentes dans les évaluations de la CE. (38)

Conclusion

Ce chapitre s'est penché sur les opportunités et sur les difficultés que les partenaires ont identifiées par rapport à l'utilisation des arguments économiques en faveur de l'action sur les déterminants sociaux des inégalités de santé. Si on a pu les classer en six groupes distincts, dans la réalité, la plupart de ces questions ne sont pas isolées les unes des autres. La synergie entre un environnement politique qui soutienne la santé dans toutes les politiques et l'utilisation des arguments économiques pour soutenir cette approche nécessite une attention toute particulière. Par exemple, le fait de disposer davantage d'une main d'œuvre, de données et de techniques spécialisées peut encourager à effectuer plus d'analyses économiques et si l'on effectue plus d'analyses économiques, les techniques et les données s'affinent et deviennent plus précises.

Les résultats présentés ici indiquent qu'il s'agit d'un domaine complexe qui n'est pas intégré de manière systématique dans le développement et la mise en œuvre des

politiques. Il est cependant évident qu'il existe un intérêt grandissant pour une plus grande préoccupation par rapport à l'analyse économique des politiques qui influent sur les déterminants sociaux de la santé et que des travaux utiles sont en train d'émerger dans ce domaine. Il serait intéressant de se pencher sur la manière dont le travail entrepris par l'OMS, et par d'autres organismes internationaux, peut être adopté à l'intérieur des états membres. En outre, les actions entreprises dans plusieurs états membres devraient être contrôlées et examinées plus en profondeur afin d'évaluer les éléments de ces travaux qui seraient susceptibles d'être adoptés dans les autres pays.

4. Exemples d'évaluations économiques qui tiennent compte des résultats de santé

Introduction

Ce chapitre examine dans quelle mesure des évaluations économiques particulières tiennent compte des résultats de santé. Celles-ci ont été regroupées en deux parties. La première s'intéresse aux évaluations de politiques qui s'occupent explicitement des comportements face à la santé et des résultats de santé, soit des interventions générales de promotion de la santé portant sur l'activité physique, l'alimentation, l'obésité, le tabagisme, l'alcool, la santé mentale et le suicide. La seconde partie se penche sur les évaluations de politiques qui s'intéressent à d'autres déterminants de la santé, comme l'éducation, l'agriculture, les transports et la sécurité des transports, la sécurité domestique et la sécurité des loisirs, le changement climatique et l'efficacité énergétique. Il convient de noter que ces exemples ne sont basés que sur les rapports soumis par les partenaires de DETERMINE lesquels, comme il a été dit dans le chapitre un, n'avaient pas pour but de fournir un examen exhaustif de toutes les politiques dans tous les secteurs. Le fait d'évaluer dans quelle mesure les exemples rapportés et les questions soulevées reflètent l'ensemble des activités de ce domaine dans les différents pays et régions dépasse les visées de notre tâche.

COMPORTEMENTS ET RÉSULTATS DE SANTÉ

Les interventions promotrices de santé d'ordre général

En Finlande, un rapport examinant la rentabilité de différentes actions promotrices de santé a conclu que, sur base des données disponibles, de nombreuses actions étaient rentables. Ce rapport est disponible en finnois avec un résumé en anglais. (39)

En Belgique (en Flandres, plus précisément), plusieurs études de rentabilité ont été menées, principalement dans les domaines de l'alimentation, de la consommation d'alcool et de tabac et de l'activité physique. Un rapport est disponible en néerlandais uniquement. (40)

Au niveau de l'UE, on a entrepris de comparer les coûts des différentes stratégies de prévention des maladies cardiovasculaires afin de déterminer dans quelle mesure les lignes directrices adaptées à la population en matière d'alimentation étaient rentables par rapport à d'autres méthodes à travers les états membres de l'UE. Les coûts estimés par année de vie gagnée étaient les suivants :

- 14 - 560 livres sterling pour les lignes directrices basées sur la population en matière d'alimentation saine.
- 300 - 790 livres sterling pour le sevrage tabagique.
- 900 livres sterling minimum pour le dépistage et les conseils sur le mode de vie donnés par le personnel infirmier.
- 6200 - 11300 livres sterling pour les traitements médicaux (simvastatin). (41)

L'activité physique

En Irlande du Nord, le Département de la Santé, des Sciences sociales et de la Sécurité publique a entrepris une analyse de rentabilité de la *Stratégie pour l'activité physique en Irlande du Nord*. L'auteur a calculé que si l'on parvenait, comme le prévoyait cette stratégie, à réduire la sédentarité de 20% à 15%, cela pourrait sauver 365 vies par an, ou 121 vies si l'on ne tenait pas compte des plus de 75 ans. Sur base de ces derniers chiffres, la valeur des bénéfices économiques associés serait de 131 millions de livres sterling et l'économie directe réalisée par les services de santé nord-irlandais s'élèverait à 620 milliers de livres sterling par an. (42)

Une analyse de rentabilité du réseau de sentiers pédestres et cyclables dans les villes norvégiennes a estimé que les bénéfices de ce réseau dépassaient son coût d'un facteur de 4,5:1. Ce rapport est disponible en norvégien avec un résumé en anglais. (43) En Norvège

toujours, la Direction de la Santé a produit une analyse économique de l'effet de l'accroissement de l'activité physique dans la population. Ce rapport n'est disponible qu'en norvégien. (44)

En Finlande, un rapport intitulé *Money flows in sport in Finland (L'argent coule à flot dans le sport finlandais)* concluait que les sports de loisir/les activités physiques favorables à la santé avaient des effets positifs sur la santé de la population, et que parallèlement, l'inactivité physique coûtait cher à la société. Ce rapport est disponible en finnois avec un résumé en anglais. (45)

L'alimentation

En Norvège, une analyse économique a été menée sur un plan de distribution gratuite de fruits et légumes aux élèves des établissements d'enseignement primaire et secondaire ; cette étude comprenait une analyse des effets distributifs. Au début de ce plan, la consommation de fruits et de légumes révélait un gradient social selon lequel les enfants dont les parents étaient d'un niveau socioéconomique faible mangeaient moins de fruits et de légumes que les enfants dont les parents étaient d'un niveau socioéconomique plus élevé. Ce rapport est disponible en norvégien. (46)

Au niveau de l'UE, une Évaluation d'Impact a été réalisée sur la *Proposition pour une réglementation ... afin de développer un plan de distribution de fruits à l'école*. Celle-ci mentionnait des données scientifiques selon lesquelles une portion supplémentaire de fruits et de légumes chaque jour réduirait de 30% le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète et d'autres maladies liées au régime alimentaire. Les économies réalisées ainsi au niveau des soins de santé étaient ensuite comparées à l'investissement initial pour le stock de fruits et de légumes. Des estimations initiales suggèrent des économies conséquentes mais le rapport conclut qu'un contrôle et une évaluation plus systématiques seraient nécessaires pour établir le rapport coût-efficacité de manière définitive. (47)

L'obésité

En République d'Irlande, le *Rapport du groupe de travail sur l'obésité* extrapole des estimations à partir des données britanniques qu'il applique à l'Irlande pour évaluer le coût économique annuel de l'obésité en Irlande ; celui-ci serait de 2,7 milliards d'euros dans la région. Ces chiffres sont basés sur un nombre estimé de 2000 décès prématurés imputable chaque année à l'obésité. (48)

Aux Pays-Bas, l'Institut national pour la Santé et l'Environnement (RIVM) a produit un rapport sur la rentabilité de conseiller la pratique d'une activité physique et une alimentation saine aux personnes ayant un risque accru de développer un diabète de type II en raison de leur surpoids ou de leur obésité. Quatre séries de conseils sur le mode de vie ont été développées, chacune annonçant des économies substantielles. (49)

Des impacts économiques ont été calculés dans le cadre de l'Évaluation d'Impact menée au sujet du *Livre blanc sur une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, à la surcharge pondérale et à l'obésité*, produit par la Commission européenne. Ce document mentionne une étude réalisée en 2005 qui estimait les coûts directs et indirects de l'obésité à 0,3 % du PIB de l'Europe des 15. Si l'on extrapole ces chiffres à l'Europe des 25, le coût de l'obésité s'élève à 40,5 milliards d'euros par an. Il convient ici de noter que ces estimations ne tiennent pas compte des coûts imputés à l'industrie, à l'environnement ou à la société. (50)

Le tabagisme

Une évaluation d'impact sur la santé et la réglementation a été menée à propos de la proposition d'interdiction de fumer dans les lieux publics en Irlande du Nord ; celle-ci a présenté les coûts et les bénéfices de trois niveaux différents de mise en œuvre. L'analyse économique a déterminé que les économies de ressources que le NHS réaliserait grâce à cette réglementation proviendraient de la réduction des frais hospitaliers associés au traitement des principales maladies liées au tabagisme actif et passif, c'est-à-dire les cancers pulmonaires, les maladies cardiaques ischémiques et les infarctus. Des économies

conséquentes étaient estimées sur une période de 30 ans, en particulier si l'Option 3, une interdiction globale du tabac, était introduite. (51) En Écosse, un examen des impacts économiques et sanitaires de la réglementation proposée en matière de tabac parvenait à des conclusions similaires. (52)

En Finlande, l'impact des politiques sur la tarification et des interventions publiques pour réduire le tabagisme a été analysé d'un point de vue économique en tenant compte des effets distributifs de ces interventions. (53)

L'alcool

Une *Fiche d'information sur les dommages liés à l'alcool en Europe* produite par la Direction générale de la Santé et de la Protection du Consommateur (DG SANCO) de la Commission européenne a estimé que les dommages liés à l'alcool avaient coûté 125 milliards d'euros à l'économie de l'UE en 2003, ce qui équivaut à 1,3% de son PIB. Ces chiffres incluent, entre autres, les pertes dues à une sous-performance au travail, à l'absentéisme professionnel et aux décès prématurés. On estime que les dépenses réelles pour des problèmes liés à l'alcool dans l'UE s'élèvent à environ 66 milliards d'euros qui incluent les dépenses liées à la criminalité, aux accidents de la route, aux traitements médicaux et à la prévention. (54)

La santé mentale et le suicide

Une analyse économique limitée a été menée sur la *Stratégie contre le suicide en Irlande du Nord*. Pour l'année 2004, on estime que le coût total imputé par les suicides à l'Irlande du Nord, y compris les coûts directs, indirects et intangibles, atteignait les 202 millions de livres sterling, soit 1,4 million de livres sterling par suicide. L'automutilation a également un impact économique significatif en Irlande du Nord et représente 1,5% de l'ensemble des admissions en milieu hospitalier au cours des cinq dernières années. On a calculé que ces incidents coûtaient à l'économie 6,6 millions de livres sterling en raison de la perte de salaires, des frais hospitaliers et d'autres diminutions de productivité. (55)

Les coûts économiques annuels de la dépression ont été estimés à 118 milliards d'euros à travers l'UE. Les coûts directs, c'est-à-dire, les frais des soins de santé, ne représentent qu'une petite partie de ce fardeau. La majorité de ces coûts (65%) proviennent de manière indirecte de la perte de productivité imputable aux absences pour maladie, aux retraites précoces et aux décès prématurés dus aux suicides. (56) Un examen systématique des données probantes issues des évaluations économiques sur la prévention de la maladie mentale a révélé que les preuves solides sur la rentabilité étaient limitées à un très petit nombre d'interventions avec un cadre restreint pour leur généralisation et leur transférabilité. Les résultats les plus favorables sont liés aux programmes pour le développement de la petite enfance. (57)

D'AUTRES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

L'éducation

Des recherches internationales suggèrent des retours sur investissement significatifs au niveau de l'éducation des tout petits, avec des bénéfices plus importants probables là où les programmes se concentrent sur les enfants des groupes socioéconomiques moins favorisés. (58) Il convient cependant d'interpréter ces résultats de façon prudente en tenant compte du contexte local. Par exemple, aux Pays-Bas, il existe de grandes différences dans les types de soins et d'éducation proposés pour la petite enfance. D'un côté, les crèches ont principalement pour but de permettre aux parents de travailler et n'ont pas toujours une approche pédagogique très développée. De l'autre, les pré-maternelles ont généralement une forte approche pédagogique mais représentent un faible bénéfice pour l'emploi des parents du fait de leur nombre d'heures d'ouverture limité. Il convient en outre de noter que les bénéfices dépendent pour beaucoup de la qualité des prestations, et que de plus grands bénéfices impliquent généralement des coûts plus élevés. (59) Des travaux ont également été effectués aux Pays-Bas sur les coûts et les bénéfices du décrochage scolaire prématuré. Dans trois interventions sur quatre, les

investissements prévalaient nettement sur les coûts, en particulier là où ces investissements concernaient l'éducation préscolaire. (60)

L'agriculture

Une analyse économique a été réalisée en Slovénie, et des scénarios futurs ont été étudiés afin d'évaluer l'impact de la *Politique agricole commune (PAC) sur l'agriculture slovène*. (61)

Les transports

En Écosse, le secteur du volontariat a utilisé des arguments économiques, et notamment des arguments économiques en matière de santé, pour plaider en faveur de formes de transport plus durables. Par exemple, on a estimé que si 40% des courts trajets effectués en voiture étaient faits en bicyclette, cela entraînerait une économie d'au moins 2 milliards de livres sterling par an du fait de la réduction de la mortalité, et de près de 4 milliards de livres sterling par an si l'on tient compte de l'amélioration de la santé. (62)

La sécurité des transports

En Écosse, le *Guide écossais pour l'évaluation des transports* comprend des lignes directrices sur la manière d'évaluer les coûts des accidents liés aux transports. (63)

En République d'Irlande, une évaluation économique a été réalisée sur la stratégie du gouvernement en matière de sécurité routière. Celle-ci s'est intéressée aux coûts des accidents mortels et non-mortels et a estimé les économies réalisées grâce à cette stratégie à plus de 1 milliard d'euros pour la prévention des accidents mortels et à 502 millions d'euros pour les accidents non-mortels. (64) À l'inverse, l'*Examen sur le rapport qualité-prix du Programme 2004-2008 pour la sécurité des voies ferroviaires* a trouvé qu'en termes de rentabilité, le dividende de la sécurité était moins élevé que le montant de

l'investissement. (65) Des directives générales sur les paramètres de rentabilité pour l'évaluation des projets en matière de transport sont également disponibles. (66)

Un rapport préparé par le Conseil européen pour la Sécurité des Transports a examiné la rentabilité d'un certain nombre de mesures pour la sécurité des transports et a considéré les suivantes comme étant les plus prometteuses : l'allumage permanent des feux de croisement ; les contrôles aléatoires du taux d'alcoolémie ; les signaux sonores de non-bouclage des ceintures de sécurité ; l'utilisation du Programme européen d'évaluation des nouveaux modèles de voitures (EuroNCAP) pour encourager le développement de véhicules plus sûrs ; et l'ingénierie de la sécurité routière. (67)

La sécurité domestique et des loisirs

En Finlande, le Ministère des Affaires sociales et de la Santé a estimé que les accidents domestiques et les accidents survenant dans le cadre des loisirs coûtaient entre 2,5 et 4 milliards d'euros à la société. Presque la moitié des coûts directs provenaient des dépenses pour les soins de santé, un cinquième était imputable aux transferts de revenus dus aux incapacités de travail et presque un cinquième était dû aux services de police ou de secours. Les coûts de la prévention, de l'information et de la recherche sur les accidents domestiques et les accidents de loisirs étaient estimés à moins d'un demi pour cent des coûts directs. Ce rapport est disponible en finnois avec un résumé en anglais. (68)

Le changement climatique

L'UE vise une réduction de 20% des émissions domestiques de gaz à effet de serre d'ici 2020 (à partir des niveaux de 1990). Pour soutenir une politique européenne plus forte sur le changement climatique, on a calculé les bénéfices économiques pour la santé d'une réduction de 30% plutôt que de 20%. Les résultats montrent que s'il y a des bénéfices économiques significatifs à réaliser en atteignant la cible des 20% (entre 13 et 52 milliards d'euros), on estime qu'une réduction de 30% entraînerait un bénéfice compris

entre 20 et 76 milliards d'euros pour la seule année 2020. Ces bénéfices proviendraient de la plus grande pureté de l'air et donc d'une diminution des problèmes respiratoires et sanitaires correspondants ; on éviterait ainsi 5.300 cas de bronchites et 2.800 hospitalisations annuelles. Ces bénéfices s'accroîtraient d'année en année. (69)

L'efficacité énergétique

En Irlande du Nord, on a estimé que les maladies liées au froid coûtaient chaque année 30 millions de livres sterling au secteur de la santé. (70) Cependant, dans un examen du rapport qualité-prix du *Plan irlandais pour des maisons chaudes*, on n'a pas tenu compte de manière explicite des impacts sanitaires. Si l'on a identifié plusieurs éléments de ce plan qui n'étaient pas rentables en termes d'efficacité énergétique, cela n'a néanmoins pas été analysé en termes de santé. (71)

Au niveau de l'UE, une Évaluation d'Impact quant à la *Proposition de directive sur la performance énergétique des bâtiments* a trouvé que "...les investissements nécessaires et les coûts administratifs des mesures ont été analysés ; ils sont relativement faibles par rapport aux bénéfices. (...) Les avantages globaux pour la société en termes de réduction de la consommation d'énergie et donc d'émissions de CO₂ ainsi que de moindre dépendance énergétique, de création d'emplois, notamment locaux et régionaux, et d'effets positifs sur la santé et la productivité du travail vont bien au-delà des chiffres fournis par les analyses." (72)

Conclusion

Ce chapitre a présenté des exemples d'évaluations économiques menées dans une série de domaines extérieurs à celui de la santé. Plusieurs partenaires ont fait part des difficultés qu'ils ont eues à trouver de tels exemples, ce qui laisse à penser que pour de nombreux pays, ce type d'analyse n'est pas une pratique courante. Dans l'ensemble, on dénombre un plus grand nombre de rapports portant sur des analyses économiques qui concernent des politiques axées sur des mesures directes en matière de santé et de comportements liés à la santé (comme le tabagisme) plutôt que sur des politiques axées sur les déterminants de

la santé (comme l'éducation). Les données issues d'analyses distributives étaient limitées; seul un exemple (concernant l'alimentation) considérait l'impact des politiques sur différents groupes.

5. Conclusion et recommandations

Conclusion

Le but de cette tâche était d'examiner si et comment les arguments économiques étaient utilisés pour soutenir l'action au niveau de l'UE et dans 12 pays et régions à travers l'Europe. On prévoyait d'utiliser les résultats obtenus pour parvenir à ce que des approches ayant fait leurs preuves pour lutter contre les inégalités soient adoptées de manière plus large.

La littérature en la matière fournit de solides arguments économiques en faveur d'un investissement dans la santé de la population et suggère également que les bénéfices de la réduction des inégalités de santé commencent à être reconnus en termes économiques. De même, la récente Communication de la Commission européenne, *Solidarité en matière de santé : réduire les inégalités de santé dans l'UE*, indique elle aussi une préoccupation pour les inégalités de santé au niveau de l'UE. (73)

Les résultats rapportés dans les chapitres trois et quatre démontrent que les arguments économiques peuvent être utilisés pour aborder les déterminants sociaux des inégalités de santé et le sont. Le public visé pour de tels arguments a été identifié comme étant constitué principalement de responsables politiques au niveau national et européen qu'il s'agit d'encourager à investir dans la santé et/ou à tenir compte des impacts de leurs politiques sur la santé et sur les inégalités de santé. Les principales organisations qui mettent en avant ces arguments, en particulier au niveau de l'UE, sont l'OMS Europe et DG SANCO, ainsi que des groupes de pression et des chercheurs indépendants.

Les opportunités et les difficultés ont été examinées sous six thèmes différents dans le chapitre trois et permettent d'illustrer le fait que plusieurs approches puissent être utilisées pour atteindre l'objectif commun des politiques publiques favorables à la santé ainsi qu'une réduction des inégalités de santé. De plus, la synergie créée lorsque deux ou plusieurs facteurs sont en présence s'avère tout particulièrement efficace.

Les exemples mentionnés dans le chapitre quatre reflètent la série de domaines politiques qui ont envisagé la santé en termes économiques. Cependant, il a été difficile de trouver une quantité importante de données probantes au niveau des états membres de l'UE. De plus, la diversité des réponses reçues indique que des situations très différentes existent d'un pays à l'autre. Si un petit nombre des personnes qui ont répondu ont donné des exemples qui ont révélé un certain intérêt et une certaine expérience dans ce domaine, la plupart des partenaires ont rapporté qu'il semblait y avoir un manque général d'appréciation de la manière dont les évaluations économiques pouvaient être utilisées pour renforcer les politiques en faveur de la santé et des inégalités de santé. Les données issues d'évaluations économiques destinées à calculer les effets distributifs semblent encore plus limitées. Les questions telles que le manque d'expertise technique, le fait de disposer de données appropriées, le soutien politique et le leadership sont toutes mentionnées comme autant de facteurs influents.

Recommandations générales

Ce travail suggère qu'il existe un potentiel pour une plus grande diffusion des connaissances dont on dispose actuellement. De plus, il est certain que le fait d'explorer et de développer cette question plus avant entraînera une utilisation plus importante et plus systématique des arguments économiques pour soutenir l'action sur les déterminants sociaux des inégalités de santé. Au sein des états membres, les Ministères de la Santé devraient jouer un rôle de leadership pour parvenir à une plus grande perméabilité et à une plus grande acceptation de cette approche à travers les systèmes, et cela devrait bénéficier du soutien des Ministères des Finances. Cela devrait être reproduit au niveau de l'UE ainsi qu'au niveau international, les organismes responsables de la santé jouant en cela un rôle majeur, soutenus par des mécanismes d'évaluation et de financement pertinents.

Recommandations pour les institutions de l'UE

Pouvoir accéder à un système d'information conséquent et systématique sur les inégalités de santé à travers l'UE contribuerait grandement à ce que les évaluations économiques puissent intégrer l'équité en santé dans leurs analyses. Les institutions et les organismes de l'UE devraient travailler avec les états membres de l'Union pour établir une base de données et de connaissances commune afin de mesurer, de contrôler, d'évaluer et de rendre compte des inégalités de santé, comme cela a été exposé dans le rapport de la Commission européenne *Solidarité en matière de santé : réduire les inégalités de santé dans l'UE*.

Les actions mises en avant dans ce rapport, et en particulier celles destinées à susciter un engagement à travers les secteurs et à développer la contribution des politiques européennes, devraient, lorsqu'il y a lieu, intégrer une attention particulière pour l'analyse économique afin de clarifier les raisons économiques qui justifient que l'on agisse sur les déterminants sociaux des inégalités de santé.

L'UE devrait établir des approches et des méthodologies communes pour entreprendre des analyses économiques qui intègrent la santé et les inégalités de santé. Le 7^{ème} Programme-cadre de l'UE pour la Recherche devrait comprendre des analyses économiques en matière d'équité en santé et l'évaluation de la performance des systèmes de santé ainsi que des interventions politiques.

L'UE devrait utiliser ses mécanismes internes de collaboration sur les politiques sanitaires, sociales et économiques pour garantir que les indicateurs d'équité en santé soient systématiquement intégrés et appliqués dans les processus de décision de la CE. Les résultats de ces procédures d'estimation et d'évaluation devraient être accessibles sur les sites Web de l'UE, comme Europa, de même que par le biais de systèmes d'information pertinents au niveau des états membres.

- En plus d'une plus grande préoccupation pour la santé et l'équité en santé de manière globale, la procédure d'évaluation d'impact de l'UE devrait tenir compte des impacts économiques en la matière.

- Les organismes intersectoriels tels que le Comité pour la Protection sociale et ceux impliqués dans la Méthode ouverte de Coordination devraient promouvoir et appliquer la nécessité des résultats d'évaluations économiques dans leurs considérations.
- Au niveau de l'UE, des lignes directrices communes à tous les domaines de dépenses en matière d'évaluation devraient inclure la prise en compte et la quantification de l'impact sur la santé.
- Le Conseil des Ministres et le Parlement européen devraient davantage rechercher et appliquer des évaluations économiques sur l'équité en santé dans leur prise de décision.
- Les organismes européens tels que la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie & de travail devraient être sensibilisés à l'intégration d'analyses économiques en matière de santé dans leurs rapports, en plus de leur série d'indicateurs.
- Eurostat devrait garantir que des indicateurs appropriés pour les analyses économiques soient inclus dans la collecte de données.
- Les évaluations économiques des initiatives entreprises dans le cadre des programmes de financement de l'UE devraient observer les effets sur différents groupes de population.

Recommandations pour les états membres

Une plus grande proportion des financements consacrés à la recherche sur les systèmes de santé devraient être alloués à l'amélioration des données et des méthodologies nécessaires pour développer des systèmes appropriés et mener de telles analyses économiques.

Une plus grande priorité devrait être accordée à l'intégration des impacts sur la santé et des impacts différentiels dans les analyses économiques.

Les Ministères de la Santé devraient jouer un rôle de premier plan dans l'identification et la promotion des arguments économiques pour la santé, la santé publique et les inégalités

de santé, et devraient soutenir les autres ministères afin de garantir que la santé et les inégalités de santé soient considérées d'un point de vue économique.

Les Ministères des Finances devraient soutenir cela en demandant que les évaluations d'impact économique soient entreprises dans le cadre des processus de répartition du budget.

Les analyses économiques devraient comprendre autant de parties prenantes que possible, en particulier celles qui sont directement concernées, pour garantir que tous les effets possibles soient pris en compte. Cela concerne aussi le secteur privé dont les bénéfices économiques pourraient être insuffisamment pris en compte par l'analyse du seul secteur public.

L'action devrait être soutenue au niveau régional et local, en particulier la coopération entre les instituts de recherche pertinents, les organismes de santé et les autorités municipales, pour développer des connaissances sur les impacts économiques des approches locales innovantes. Les initiatives communautaires de développement pourraient intégrer dans leurs évaluations des informations sur les effets économiques collectifs ainsi que sur les effets pour différents groupes de population.

Recommandations pour les organisations internationales

Des données et des indicateurs comparatifs communs sur les inégalités de santé auxquelles l'analyse économique peut être appliquée devraient être développés à l'échelle internationale. Dans la région de l'OMS Europe en particulier, il devrait y avoir des références croisées par rapport à des indicateurs communs développés à travers les états membres de l'UE.

Une coopération systématique au sein et entre les sources internationales d'information sur les analyses économiques qui intègrent la santé et l'équité en santé (ex. l'Organisation pour la Coopération et le Développement économique, l'OMS, le Conseil économique et social des Nations-Unies et la Commission européenne) devrait être favorisée et rendue plus transparente et plus accessible. Des bases de données facilement accessibles devraient être établies au sein et entre les organismes de façon à permettre un transfert des connaissances le plus large possible.

Le rôle des réseaux internationaux non-gouvernementaux, comme le EU Health Policy Forum (Forum de l'UE sur les Politiques de Santé), la plateforme sociale de l'UE ou encore les plateformes pour les Consommateurs, l'Environnement et le Développement, devrait être reconnu et soutenu en recueillant et en diffusant des informations en matière d'analyses économiques largement variées et basées sur les parties prenantes.

Références

1. Rapport de la Commission sur la Macroéconomie et la Santé. Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2001.
2. Suhrcke M, McKee M, Sauto-Arce R, Tsoлова S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. Bruxelles : Commission européenne ; 2005.
3. Communication personnelle. Commentaires reçus avec les remerciements du Professeur Prof. M. Suhrcke, le 8/9/09.
4. Byrne D. Favoriser la santé de tous : processus de réflexion pour une nouvelle stratégie européenne en matière de santé. Bruxelles : Commission européenne ; 2004.
5. Commission des Communautés européennes. Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008-2013. Bruxelles : Commission européenne ; 2007.
6. Rapport du groupe de haut-niveau. Relever le défi : La stratégie de Lisbonne pour la croissance et l'emploi. Luxembourg : Commission européenne ; 2004.
7. Suhrcke M, Sauto Arce R, McKee M, Rocco L. Coûts économiques de la mauvaise santé dans la Région européenne. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2008.
8. Suhrcke M, Nugent RA, Stuckler D, Rocco L. Chronic disease: an economic perspective. Londres : Oxford Health Alliance ; 2006.
9. Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic implications of socioeconomic inequalities in health in the European Union. Luxembourg : Commission européenne ; 2007.
10. Rapport du projet Eurothine. Tackling health inequalities in Europe: An integrated approach. Rotterdam : University Medical Center ; 2007.
11. Rapport du Research Working Group. Inequalities in health/ The Black report. Londres : Department of Health and Social Security ; 1980.

12. Organisation mondiale de la Santé. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé "systèmes de santé, santé et prospérité". Actes de la conférence accessibles sur : www.euro.who.int/healthsystems2008
13. Rapport de la Commission de l'Organisation mondiale de la Santé sur les Déterminants sociaux de la Santé. Comblent le fossé en une génération. Genève : OMS, 2008.
14. 62^{ème} Assemblée mondiale de la Santé. Actes de la conférence accessibles sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf
15. Fouarge D. The costs of non-social policy: Towards an economic framework of quality social policies – and the costs of not having them. Bruxelles : Commission européenne (DG EMPL) ; 2003. Rapport disponible sur : http://socialpolicy.ucc.ie/EU-docs-socpol/Fouarge_costofnonsoc_final_en.pdf
16. Wanless D. Securing good health for the whole population. Londres : HM Treasury ; 2004.
17. Drummond M. Assessing the challenges of applying standard methods of economic evaluation to public health programmes. Public Health Research Consortium (D-105) ; 2006.
18. Kelly M, McDaid D, Ludbrook A, Powell J. Economic appraisal of public health interventions. Londres : Health Development Agency ; 2005.
19. Global Health Equity Group (Marmot Review). Strategic review of health inequalities in England post 2010. University College London. Plus d'informations sur : www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents
20. Centre for Health Economics Research paper 52. An economic framework for analysing the social determinants of health and health inequalities (2009). Université d'York.
21. DETERMINE Working Document 1. Policies and actions addressing the socioeconomic determinants of health inequalities. Examples of activity at EU and member state level in Europe ; 2008. Rapport disponible sur : www.health-inequalities.eu
22. Sælensminde K. Helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser. (Health effects in national economic analyses) Oslo: Directorate for Social and Health Affairs;

2007. Rapport disponible sur :
www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00020/IS-1435_20969a.pdf
23. Report of the Ministerial Taskforce on Health Inequalities. Equally Well. Édinbourg, Gouvernement écossais ; 2008. Rapport disponible sur :
www.scotland.gov.uk/Publications/2008/06/25104032/0
24. Ministry of Labour and Social Inclusion. Work, Welfare and Inclusion. Rapport au Storting No. 9; 2006-2007.
25. MURA: Investment for Health and Development Programme. Plus d'informations sur : www.gken.org/Synopses/CI_10012.pdf
26. Ministerie VWS. Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaal economische achtergronden. La Haye, Ministerie VWS ; 2008. Rapport disponible sur :
www.ggd.nl/ggdnl/uploaddb/downl_object.asp?atoom=50623&VolgNr=698
27. Plus d'informations sur : www.knmg.artsennet.nl
28. DKM Economic Consultants. Economic Evaluation of Water Supply and Waste Water Projects. Dublin, DKM Economic Consultants ; 2004. Rapport disponible sur :
www.environ.ie/en/Publications/Environment/Water/FileDownload,1543,en.doc
29. Directorate for Health. Skapes helse, skapes velferd – helsesystemets rolle i det norske samfunnet. (Le rôle du système de santé dans la société norvégienne). Oslo, Directorate for Health ; 2008. Rapport disponible sur :
www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00062/Health_creates_welfa_62299a.pdf
30. Institut national pour la Santé et l'Excellence clinique. Methods for the development of NICE public health guidance (deuxième édition), Londres, NICE; 2009. Rapport disponible sur :
www.nice.org.uk/media/2FB/53/PHMethodsManual110509.pdf
31. Programme CHOICE de l'OMS. Organisation mondiale de la Santé. Plus d'informations sur : www.who.int/choice/en/
32. National Performance Framework. Gouvernement écossais. Plus d'informations sur : www.scotland.gov.uk/About/purposestratobjs

33. Ministry of Health and Care Services. Prescriptions for a healthier Norway. Rapport au Storting No. 6, 2002-2003. Oslo, Ministry of Health and Care Services; 2003. Rapport disponible sur : www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/Report-No-16-2002-2003-to-the-Storting-.html?id=452203
34. Ministry of Modernisation. Instructions for Official Studies and Reports. (Utredningsinstruksen); 2005.
35. Écosse. Regulatory Impact Assessment. Plus d'informations sur : www.scotland.gov.uk
36. Irlande. Regulatory Impact Analysis. Plus d'informations sur : www.betterregulation.ie
37. Commission européenne. Lignes directrices pour l'évaluation d'impact. Bruxelles : Commission européenne ; 2005. Rapport disponible sur : http://ec.europa.eu/governance/impact/docs/key_docs/sec_2005_0791_en.pdf
38. Commission européenne. Study on the Use of Cost-effectiveness Analysis in EC's Evaluations. Bruxelles : Commission européenne (DG BUDGET) ; 2006. Rapport disponible sur : http://ec.europa.eu/budget/library/documents/evaluation/studies/cea_finalreport_en.pdf
39. Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Arpo A. Terveystien edistämisen mahdollisuudet. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health ; 2008. Rapport disponible sur : <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2504-5>
40. De Smedt D, Bakker M, Annemans L. Geïntegreerd actieplan vording en beweging 2008-2015. Kosteneffectiviteitsstudie. Gand : Université de Gand ; 2008. Rapport disponible sur : www.vigez.be/ Actes de la conférence disponibles sur : www.gezondheidsconferentie.be/uploadedFiles/subsite02/actieplan_english_summary.pdf
41. Brunner E, Cohen D, Toon L. Cost effectiveness of cardiovascular disease prevention strategies: a perspective on EU food based dietary guidelines. Public Health Nutrition 4(2B), 711-715; 2001.

42. Swales C. A health economics model. The cost benefits of the physical activity strategy for Northern Ireland - a summary of key findings. Belfast : Health Promotion Agency; 2001. Rapport disponible sur :
<http://hpani.org/Resources/physicalactivity/paeconomreport.htm>
43. Sælensminde K Walking- and cycling track networks in Norwegian cities. Cost-benefit analyses including health effects and external costs of road traffic. Oslo: Institute of Transport Economics (TOI); 2002. Rapport disponible sur :
www.toi.no/article17775-29.html
44. Sælensminde K Positive helseeffekter av fysisk aktivitet. En konkretisering av veien mot mer fullstendige samfunnsøkonomiske analyser (Positive health effects of physical activity). Oslo: Directorate of Health; 2008. Rapport disponible sur :
www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00062/_Positive_helseeffek_62779a.pdf
45. Ministry of Education. Money flows in sport in Finland. Helsinki, Ministry of Education ; 2005. Rapport disponible sur :
www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2008/Liikunnan_rahavirrat_Suomessa_2005?lang=en
46. Sælensminde K. Frukt og grønnsaker i skolen – Beregning av samfunnsøkonomisk lønnsomhet (Fruit and vegetables in schools. Estimation of national economic profitability). Oslo : Directorate of Health and Social Affairs; 2005. Rapport disponible sur :
www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/frukt_og_gr_nnsaker_i_skolen_50393
47. Commission européenne. Impact Assessment. Proposal for a Regulation ... in order to set up a School Fruit Scheme. Bruxelles : Commission européenne (DG AGRI); 2008. Rapport disponible sur :
http://ec.europa.eu/governance/impact/cia_2008_en.htm
48. Report of the Taskforce on Obesity. Obesity, the policy challenges. Dublin : Department of Health and Children; 2005. Rapport disponible sur :
www.dohc.ie/publications/pdf/report_taskforce_on_obesity.pdf

49. Bemelmans WJE, Wendel-Vos GCW, Bogers RP, Milder IEJ, de Hollander EL, Barte JCM, Tariq L, Jacobs-van der Bruggen MAM. Kosteneffectiviteit beweegen dieetadviesering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2. Bilthoven : RIVM; 2008. Rapport disponible sur : www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260401005.html
50. Commission européenne. Livre blanc sur une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, à la surcharge pondérale et à l'obésité – Résumé de l'évaluation d'impact. Bruxelles : Commission européenne ; 2007. Rapport disponible sur : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=SEC:2007:0707:FIN:EN:HTML>
51. Department of Health, Social Services and Public Safety. Smoking (Northern Ireland) Order 2006. Health and Regulatory Impact Assessment. Belfast : DHSSPSNI; 2006. Rapport disponible sur : www.dhsspsni.gov.uk/ph_health_regulatory_impact_assessment_smoking_ni_order_2006.pdf
52. Ludbrook A, Bird S, van Tejligen E. International review of the health and economic impact of the regulation of smoking in public places. Édinbourg : Health Scotland ; 2005. Rapport disponible sur : www.healthscotland.com/uploads/documents/InternationalReviewFullReport.pdf
53. Pekurinen, M. Economic aspects of smoking: Is there a case for government intervention in Finland. National Agency for Welfare and Health, Research Reports 16; 1992. ISBN 951-5738-6.
54. Commission européenne. Factsheet on Alcohol-related harm in Europe – Key data by the European Communities. Bruxelles : Commission européenne (DG SANCO) ; 2006. Rapport disponible sur : http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf
55. Department of Health, Social Services and Public Safety. The Northern Ireland suicide prevention strategy and action plan 2006-11. Belfast : DHSSPSNI; 2006. Rapport disponible sur : www.dhsspsni.gov.uk/phnisuicidepreventionstrategy_action_plan-3.pdf

56. Sobocki P, Jonsson B, Angst J, Rehnberg C. The Cost of Depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy Economics*. 9:2: 87-98; 2006.
57. Zechmeister, I, Killian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and the prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health* 8:20; 2008.
58. Cleveland, G. en Krashinski, M. Financing ECEC services in OECD countries; Paris: OCDE; 2003.
59. Plus d'informations sur : www.onderwijsachterstanden.nl
60. Veld R. Kosten en Baten van Voortijdig Schoolverlaten. (Costs and Benefits of Early School Leaving). Eindrapport; 2005. Plus d'informations sur : www.wrr.nl/content.jsp?objectid=3759
61. Lock K. Health impact assessment of agriculture and food policies: lessons learnt from the Republic of Slovenia. Dans : *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 2003 ; 81 (6). Disponible sur : www.who.int/bulletin/volumes/81/6/en/lock.pdf
62. Warren J. Towards a healthier economy. Why investing in sustainable transport makes economic sense. Transform Scotland; 2008. Rapport disponible sur : www.transformsotland.org.uk/towards-a-healthier-economy.aspx
63. Donnelley RR. Scottish transport appraisal guidance. Édinbourg : transport Scotland; 2008. Rapport disponible sur : www.transportscotland.gov.uk/files/documents/reports/j9760/j9760.pdf
64. Goodbody Economic Consultants. Economic Evaluation of the Government Strategy for Road Safety, 1998-2002. Dublin : Goodbody Economic Consultants ; 2005. Rapport disponible sur : www.transport.ie/upload/general/7535-0.pdf
65. Department of Transport. Value for money review of the railway safety programme 2004-2008. Dublin : Department of Transport; 2008. Rapport disponible sur : www.transport.ie/upload/general/11293-0.pdf
66. Goodbody Economic Consultants. Cost Benefit Parameters and Application Rules for Transport Project Appraisal. Dublin : Goodbody Economic Consultants ; 2005. Rapport disponible sur www.rsa.ie/publication/publication/upload/Cost Benefit Parameters and Application Rules for Transport Project Appraisal.doc

67. European Transport Safety Council, Cost Effective EU Transport Safety Measures. Bruxelles : European Transport Safety Council ; 2003
68. Ministry of Social Affairs and Health Home and leisure accidents and their prevention. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health ; 2003. Rapport disponible sur :
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/tapaturma/summary.htm>
69. Holland MR. The co-benefits to health of a strong EU climate change policy. Prepared on behalf of Climate Action Network Europe, Health and Environment Alliance. WWF ; 2008. Rapport disponible sur : www.climnet.org/Co-benefits%20to%20health%20report%20-september%202008.pdf
70. Bell, M. Towards a fuel poverty strategy for Northern Ireland. NICVA. Rapport disponible sur : www.nicva.org/index.cfm/section/Responses/key/954C0FE4-B0D0-7815-0F3C198069F9D929
71. Northern Ireland Audit Office. Warm homes: tackling fuel poverty. Belfast, Northern Ireland Audit Office ; 2008. Rapport disponible sur :
www.niauditoffice.gov.uk/pubs/warmhomes/Warm_homes_final.pdf
72. Commission européenne. Évaluation d'Impact. Proposition de directive sur la performance énergétique des bâtiments (refonte). Bruxelles : Commission européenne (DG TREN); 2008. Rapport disponible sur :
http://ec.europa.eu/governance/impact/ia_carried_out/cia_2008_en.htm#tren
73. Commission des Communautés européennes. Solidarité en matière de santé : réduire les inégalités de santé dans l'UE. Bruxelles : Commission européenne ; 2009. Communication disponible sur :
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf

Appendice 1 : Glossaire des termes fréquemment utilisés

Déterminants sociaux de la santé (DSS)

La santé est déterminée par de nombreux facteurs qui sont hors de portée du secteur des soins de santé. Le terme ‘déterminants sociaux de la santé (DSS)’ est utilisé pour mettre en évidence le fait que les conditions sociales dans lesquelles les gens vivent affectent leur santé. Les conditions économiques et environnementales étant souvent étroitement liées aux conditions sociales, elles peuvent également être incluses dans une interprétation plus large du terme.

Inégalités de santé

Les inégalités de santé font référence à la variation de santé que connaissent différents groupes au sein d'une même population.

Déterminants sociaux des inégalités de santé (DSIS)

Lorsque l'on considère les déterminants sociaux des inégalités de santé (DSIS), on associe les deux concepts afin de mettre l'accent sur le rôle des conditions sociales dans les différences des taux de santé et de maladie des gens.

Santé dans Toutes les Politiques (HiaP)

Une approche pour la Santé dans Toutes les Politiques (Health in All Policies – HiaP) promeut le rôle des secteurs extérieurs à celui de la santé pour tenir compte de la santé et du bien-être des citoyens dans l'élaboration de leurs politiques. Elle utilise le concept des DSS comme logique de cette approche.

Évaluation économique

L'évaluation économique compare les coûts et les conséquences des différentes actions entreprises.

Appendice 2 : Calendrier des tâches & questionnaire

Calendrier

<i>Date</i>	<i>Quoi</i>	<i>Comment</i>	<i>Où</i>
Mai 2008	Cadrage	Atelier	Réunion du Consortium, Ljubljana
Juin-juillet 2008	Collecte d'informations :	Examen de la littérature et contact avec des informateurs clés	Au bureau
Août 2008	Discussion et accord sur les questions	Atelier	Réunion de travail, Londres
Sept 2008 - fév 2009	Collecte d'informations	Document d'orientation envoyé à tous les partenaires	Au bureau / Réunions
Mars-avril 2009	Analyse	Examen des réponses des partenaires et de la littérature	Au bureau
Mai 2009	Présentation des résultats préliminaires	Questions de l'ordre du jour et discussion générale	Réunion du Consortium, Prague
Juin-nov 2009	Document de travail	Révision et finalisation de l'article	Au bureau

Questionnaire

Les questions de un à trois recherchent des exemples particuliers de cas où des analyses économiques ont été menées. La première question est large et s'intéresse à des exemples qui ne reconnaissent pas nécessairement les impacts sur la santé dans leur analyse. Les questions deux et trois recherchent des exemples qui reconnaissent explicitement les impacts sur la santé (question 2) et les inégalités de santé (question 3). Les questions restantes ont pour but d'examiner le contexte et les arguments en faveur de l'utilisation des analyses économiques pour renforcer l'action sur les déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé.

1. Des analyses économiques sont-elles utilisées dans votre pays par rapport à des politiques qui abordent les déterminants sociaux de la santé, comme des politiques en matière de transport, d'agriculture, de logement, etc. ? Veuillez fournir des informations sur autant d'exemples que possible.
2. Avez-vous trouvé des preuves de tentatives réalisées pour analyser en termes économiques les **impacts sur la santé** des politiques qui abordent les déterminants sociaux de la santé ? Veuillez fournir des informations sur autant d'exemples que possible.
3. Avez-vous trouvé des preuves de tentatives réalisées pour analyser en termes économiques les **impacts sur les inégalités de santé** des politiques qui abordent les déterminants sociaux de la santé ? Veuillez fournir des informations sur autant d'exemples que possible.
4. Quels arguments économiques sont utilisés dans votre pays pour les politiques qui abordent les déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé ? Veuillez donner des exemples de la manière dont ces arguments sont articulés.
5. Qui ou quelles organisations ou secteurs avancent de tels arguments ?
6. A qui, à quelles organisations ou secteurs de tels arguments sont-ils destinés ?
7. S'il n'existe pas ou peu de débat autour des arguments économiques pour de telles politiques, commentez pourquoi vous pensez qu'il pourrait y en avoir

8. Quels arguments économiques seraient susceptibles d'attirer et d'engager les secteurs politiques extérieurs à celui de la santé pour développer des initiatives conjointes sur la santé et/ou les inégalités de santé ?