

Dans la vallée de la Dordogne, deux hommes préhistoriques s'interrogent sur ce qui les attend : « L'air que nous respirons est pur, tout ce que nous mangeons est parfaitement naturel, et nous devons aussi beaucoup bouger pour trouver de quoi manger... Pourtant, nous ne dépassons guère l'âge de trente ans. »

Le prix de votre santé

Marc Lemiengre,
Vakgroep Huis-
artsgeneeskunde
en Eerstelijnsge-
zondheidszorg,
UGent

Texte sous la
responsabilité
de la rédaction
néerlandophone

Le Professeur Lieven Annemans, docteur en économie de la santé, donne son avis sur le système de santé belge dans un livre publié en néerlandais et intitulé « Le prix de la santé – Notre système de santé est-il menacé de faillite ? » (De prijs van uw gezondheid)¹. Fidèle à Hegel, il traite d'abord des bons côtés, puis des mauvais côtés de notre système, pour ensuite proposer un plan de redressement reposant sur dix piliers. Le livre a certainement le mérite de développer de manière très accessible la complexité des lois économiques dans le domaine des soins de santé. Comme on peut le deviner, le quatrième pilier porte comme titre : « Affecter beaucoup plus de moyens à la prévention ». Annemans commence par lâcher un peu l'accélérateur en disant que le dépistage systématique n'est pas toujours si rentable et qu'il est parfois très lourd pour le patient, pour ensuite, sans la moindre réserve scientifique, promouvoir le DMC+. Cet instrument combine le dépistage axé sur la maladie et la recherche d'un certain nombre de risques pour la santé, associé ou non à une intervention, chez un large groupe de patients « en bonne santé ».

La preuve scientifique est un défi méthodologique

Si vous lisez régulièrement Minerva, vous aurez remarqué que nous ne traitons presque jamais d'études de rentabilité. La raison principale est que la plupart de ces études sont menées dans un système de santé qui n'est pas comparable au contexte belge ; ce qui limite la possibilité d'en extrapoler les résultats. En outre, ces études sont le plus souvent axées sur une pathologie déterminée (lombalgies, diabète de type II), et les critères de jugement sont souvent secondaires (prévention de la maladie).

L'air sain, la nourriture non contaminée et non génétiquement modifiée, ainsi que la pratique suffisante d'exercices physiques sont des éléments restés longtemps en dehors des préoccupations des soins de santé. La relation entre le mode de vie et la maladie est le plus souvent basée sur une recherche rétrospective dans une cohorte, ce qui expose à toutes sortes de biais. Qui plus est, une corrélation ne constitue pas une preuve de causalité. Il est cependant pratiquement impossible de mener une recherche expérimentale dans ce contexte. En effet, comment constituer deux groupes par randomisation, un groupe bénéficiant d'un accompagnement personnel pour une alimentation saine de référence, suffisamment d'exercices physiques, l'absence de tabagisme et d'alcoolisme, des rapports sexuels sans risque, et l'autre groupe agissant à l'inverse du premier. Enfin, les différences quant aux critères de jugement cliniques ne se remarqueraient qu'après plusieurs années de suivi.

Est-il rentable d'encourager les exercices physiques?

L'étude de Garrett² rassemble les informations provenant de recherches expérimentales posant explicite-

ment la question de la rentabilité des interventions visant à promouvoir l'exercice physique. Parmi celles-ci, il est intéressant de constater que huit études contrôlées randomisées incluaient des personnes sédentaires, tandis que cinq autres études incluaient (comme d'habitude) des patients ayant une pathologie (diabète de type 2, arthrose du genou, lombalgies). La durée du suivi dans ces études variait de 6 à 24 mois. Nous ne pouvons avoir ainsi qu'une estimation de la rentabilité. Quatre études ont permis de calculer la dépense à consentir pour qu'une personne « inactive » devienne « active ». Le coût variait de 331 à 3 673 euros, et la rentabilité, de 311 à 86 877 euros par QALY (Quality Adjusted Life Year ou année de vie ajustée à sa qualité). Cet écart dépend de l'intensité et de l'affectation ou non de personnel lié à l'intervention. Est-ce onéreux ? Comme valeur seuil pour un QALY, NICE utilise un montant qui varie de 24 300 à 36 500 euros³. Selon Annemans, le concept de QALY est très fortement déterminé par le bien-être acquis au sein d'une région. Pour l'UE, il s'agirait d'environ 40 000 euros, ce qui modifie certainement la perspective pour les chiffres provenant d'études qui misent sur l'augmentation de l'activité physique comme mesure de prévention en matière de santé. Si nous savons que le coût par QALY pour le contrôle du cholestérol chez les patients diabétiques est de 58 882 euros⁴, il apparaît qu'investir dans l'augmentation de l'activité physique est néanmoins rentable, même si le calcul doit intégrer un grand nombre de suppositions.

La lutte contre la pauvreté comme objectif premier

Chaque année 700 000 décès et 33 000 000 de cas de maladie dans l'UE sont dus à la pauvreté et à l'inégalité dans l'accès aux soins de santé⁵. Si nous mettons comme priorité la promotion des interventions visant le mode de vie, la première place devra probablement être accordée à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Nous pourrions ensuite envisager, pour ce groupe de la population, l'arrêt du tabagisme, une alimentation saine et l'augmentation de l'activité physique car dans une situation de survie, il paraît impossible d'investir pour un avenir sain.

Références

1. Annemans L. De prijs van uw gezondheid. Lannoo Campus, Tielt 2014.
2. Garrett S, Elley CR, Rose SB, et al. Are physical activity interventions in primary care and the community cost-effective? A systematic review of the evidence. Br J Gen Pract 2011;61:e125-33.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Guide to the methods of technology appraisal. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008.
4. Zhang P, Engelgau MM, Norris SL, et al. Application of economic analysis to diabetes and diabetes care. Ann Intern Med 2004;140:972-77.
5. Mackenbach JP. Economic costs of health inequalities in the European Union. J Epidemiol Community Health 2011;65:412-19.