

ANALYSE

Vaut-il toujours mieux prévenir que guérir ?

Arguments pour une prévention plus ciblée

La France jouit d'indicateurs généraux d'état de santé globalement positifs. Toutefois, deux problèmes persistent : la mortalité prématurée est parmi les plus élevées de l'Union européenne et les inégalités de santé entre catégories sociales sont importantes. Face à ces difficultés, la prévention est souvent présentée comme une réponse à la fois universelle (elle serait efficace pour l'ensemble des individus) et peu coûteuse (elle permettrait même de faire des économies). En réalité, la prévention peut certes permettre d'améliorer à coût raisonnable la santé des populations, mais à condition de sélectionner les stratégies les plus efficaces, à savoir celles qui ciblent au plus près les groupes à risque.

Alors que l'élaboration de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 a mis au jour un déficit de l'assurance maladie de l'ordre de 11,5 milliards d'euros en 2009, maîtriser la croissance continue des dépenses de santé est un enjeu majeur. D'aucuns avancent que dans ce contexte contraignant, miser davantage sur les politiques de prévention, auxquelles sont consacrées relativement peu de ressources en France, permettrait de contenir les dépenses tout en répondant aux défis rencontrés par le système de santé (maladies dites « de société », vieillissement). Alors qu'une nouvelle loi quinquennale de santé publique doit être votée prochainement, l'examen de ce que nous pouvons attendre de la prévention est un préalable nécessaire à une bonne allocation des ressources publiques.

D'un point de vue économique, la prévention est-elle systématiquement la meilleure stratégie ?

La plupart des institutions sanitaires avancent que la prévention permet d'améliorer l'état de santé des populations tout en faisant des économies...

La plupart des institutions sanitaires partagent l'idée que la prévention serait moins chère et plus efficace que le soin. Elles postulent que des gisements importants d'**amélioration de l'état de santé** résident dans la modification des comportements à risque, de l'hygiène de vie et du dépistage des maladies pour lesquelles il existe des solutions curatives. La prévention est également présentée comme **une solution au problème de l'accroissement des dépenses de santé**.

Ainsi, l'**OMS**¹ estime que l'espérance de vie en bonne santé pourrait augmenter de 5 à 10 ans sans accroissement des dépenses si les gouvernements et les individus unissaient leurs efforts pour lutter contre les principaux facteurs de risque dans chaque région. L'**OCDE**, dans son *Panorama de la santé* de 2005, met en exergue que « *des campagnes nationales pour inciter les gens à se faire vacciner contre la grippe ou pour dissuader la consommation excessive d'alcool et de cigarettes coûtent moins cher que*

¹ OMS (2002), *Rapport sur la santé dans le monde : réduire les risques et promouvoir une vie saine*.

le traitement des maladies qui s'ensuivent ». Un projet de recommandation du **Conseil de l'Europe** invite à considérer la prévention comme un « quatrième pilier » des systèmes de santé, « pour faire face à la pression financière liée à la couverture universelle du système de santé et au coût croissant des soins »². Dans cette perspective, la **France**, dont le « prisme curatif » est bien connu³, disposerait, si elle accordait davantage de place aux stratégies préventives, d'un moyen d'endiguer pour partie la croissance de ses dépenses de santé tout en améliorant la santé de sa population⁴.

... or la prévention n'entraîne pas forcément d'économies

Si la prévention améliore la santé et sauve des vies, la plupart des économistes de la santé demeurent circonspects quant à ses effets financiers⁵. Elle **a également un coût, et concerne davantage d'individus que le soin, de sorte qu'il n'est pas automatique que son développement entraîne des économies au niveau financier**⁶ (Encadré 1).

Ce débat, encore cantonné en France à la sphère universitaire, a fait irruption sur la scène publique aux États-Unis lors de la campagne présidentielle de 2009. Barack Obama a insisté sur les bénéfices financiers attendus d'une prévention accrue dans son projet de réforme du système de santé américain, qui amènerait les assurances à rembourser les dépistages et actions préventives. Il s'inscrit ainsi dans la théorie classique de la prévention : « Elle sauve des vies, elle permet aussi d'économiser de l'argent et nous avons besoin d'économiser de l'argent dans notre système de santé. ». *A contrario*, le directeur du CBO (Congressional Budget Office), Douglas Elmendorf, a estimé que ces réformes ne permettraient guère de contrôler la hausse du coût de la santé publique : « Bien que les différents types de préventions aient des effets différents sur la dépense, les travaux suggèrent que pour la plupart des actions préventives, une utilisation élargie entraînerait des dépenses plus importantes plutôt que plus faibles ».

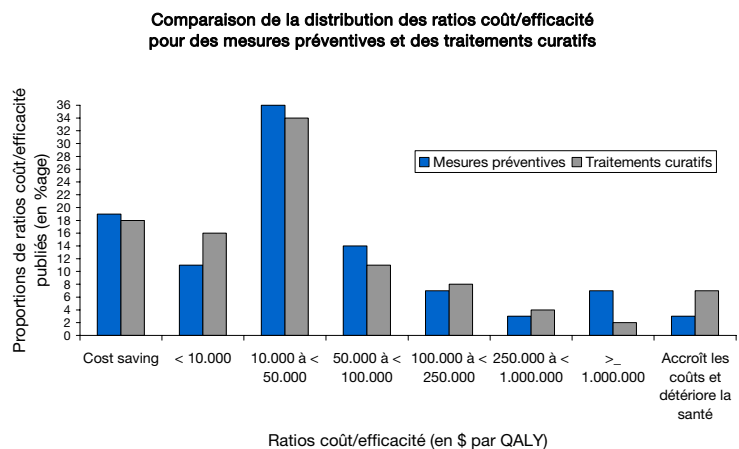
Encadré 1 : Does Preventive Care Save Money?

Dans un article paru en 2008 dans le *New England Journal of Medicine (NEJM)*⁷, les auteurs ont passé en revue les 1 500 ratios coût/efficacité de 599 actions présentées dans des articles entre 2000 et 2005. Le ratio coût/efficacité est le coût d'une intervention divisé par ses bénéfices sanitaires, mesurés en années de vie gagnées ajustées par la qualité (QALYs, *quality adjusted life years*). Leurs résultats sont surprenants :

- sur 279 stratégies classées comme préventives, seules environ 20 % d'entre elles permettent de faire des économies, tandis que les autres amènent à dépenser davantage. Les stratégies économes sont notamment la vaccination des nourrissons (par exemple contre l'haemophilus B, bactérie responsable de méningites et de pneumonies) ou le dépistage du cancer colorectal chez les hommes entre 60 et 64 ans. Au contraire, le dépistage du diabète chez toutes les personnes âgées de 65 ans (comparativement à un dépistage ciblé sur les personnes hypertendues) est une stratégie coûteuse ;

- en comparant les ratios coût/efficacité des actions préventives et curatives, ils trouvent une relative similitude dans leur distribution.

Les conclusions de cet article ne signifient pas que davantage de prévention n'est pas raisonnable économiquement. **De nombreuses actions de prévention prodiguent un bénéfice jugé suffisant par rapport aux coûts engagés, mais peu d'entre elles sont réellement *cost-saving*.**



² Conseil de l'Europe (2008), « Les politiques de prévention en matière de santé dans les États membres du Conseil de l'Europe ».

³ Lorient M. (2003), « Hygiène contre Panacée, les blocages de la santé publique en France », *Humanisme et Entreprise*, n° 257.

⁴ Le second objectif du Programme de qualité et d'efficacité (PQE) « maladie », annexé au Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2010 vise à développer des politiques de prévention plus efficaces, considérant que « ces enjeux de santé publique (tabac, alcool, nutrition, etc.) sont importants en termes de dépenses de soins liées aux pathologies qui découlent de ces facteurs de risque ».

⁵ Le Pen C. (2005), « La prévention : une solution pour réaliser des économies ? », *Concours médical*, 127(18).

Loubière S. et al. (2003), « Prevention could be less cost-effective than cure: the case of hepatitis C screening policies in France », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 19(4).

⁶ Par exemple, l'utilisation de statines peut supprimer ou retarder des problèmes cardiovasculaires, mais ces molécules sont onéreuses (le ratio pourrait changer si leur prix baissait fortement avec la mise à disposition de génériques).

⁷ Cohen J.T., Neumann P.J., Weinstein M.C. (2008) « Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates », *New England Journal of Medicine*, 358(7).

La nomenclature des comptes de la santé s'avère inadaptée pour estimer les dépenses de prévention

La difficulté à chiffrer les montants alloués à la prévention est inhérente à son caractère diffus. **Des actes de prévention en santé réalisés dans le cadre de politiques publiques non sanitaires** (sécurité routière, éducation, environnement, logement, etc.) **sont ainsi occultés**. On ne peut pas non plus quantifier les dépenses consenties par les ménages au bénéfice de la santé mais relevant de la sphère privée (de la brosse à dents aux activités sportives⁸). En dépit de ces limites, il est toutefois possible de rechercher une meilleure estimation des dépenses de prévention réalisées dans le cadre des dépenses de santé identifiées. **Un préalable à cette évaluation réside dans une définition opérationnelle de la prévention.**

Encadré 2 : La prévention, de quoi parle-t-on ?

On distingue plusieurs types de préventions selon qu'il s'agit d'investir au présent pour éviter l'occurrence d'un risque futur (par exemple, faire de l'exercice physique pour éviter des complications cardiovasculaires) ou d'amoinrir les conséquences délétères d'un risque déjà apparu (une mammographie n'empêche pas le cancer du sein mais elle aide à un diagnostic précoce permettant d'engager des traitements plus efficaces). Une typologie couramment admise peut être retenue en première approche, qui distingue :

- **la prévention primaire**, c'est-à-dire l'ensemble des actions réduisant la survenue ou l'incidence d'une maladie (vaccination, mesures environnementales, etc.) ;
- **la prévention secondaire**, qui vise à réduire les conséquences d'une maladie une fois survenue en la traitant précocement (dépistage du cancer du sein, incitation au dépistage de l'hépatite C, etc.) ;
- et enfin **la prévention tertiaire** dont la finalité est d'amoinrir l'invalidité associée aux maladies chroniques.

Les discours sur ce sujet assimilent trop fréquemment la prévention à la prévention primaire. Les travaux existants n'amènent pas à établir de hiérarchie entre ces trois niveaux en termes d'efficacité (mesurée par le rapport entre les moyens mobilisés par une mesure et le résultat qu'elle génère - économique, d'efficacité thérapeutique, de qualité de vie).

Or, la nomenclature des comptes de la santé (médecine du travail, santé scolaire, protection maternelle et infantile (PMI), dépistages, vaccins, programmes spécifiques de santé publique) **permet mal d'appréhender les dépenses actuellement consacrées à la prévention faite dans le système de soins**, et encore moins d'en distinguer les différents niveaux. Ces dépenses représentaient seulement 5,2 milliards d'euros en 2005, soit 2,7 % de la dépense courante de santé (DCS). Mais ce chiffre recouvre uniquement les actions de prévention dont le financement est institutionnel ou alloué sur des fonds spécifiques. Sa faiblesse traduit en partie la dimension curative de notre système de santé. Elle résulte également de la difficulté à repérer, dans les dépenses couvertes par l'assurance maladie au titre de l'activité de soin, la part de l'activité de prévention pratiquée lors d'une consultation (vaccination, dépistage, temps consacré au conseil, etc.).

Une étude menée par l'IRDES et la DREES sur les contours du champ de la prévention et ses frontières avec l'activité curative dans les comptes de la santé s'emploie à réinjecter un certain nombre d'actes oubliés dans cette nomenclature. Selon cette étude, **la dépense totale consacrée à la prévention en France (pour l'année 2002) s'élevait plutôt à 10,5 milliards d'euros, soit 6,4 % de la dépense courante de santé et un peu plus de 0,6 % du PIB⁹.**

⁸ Des complémentaires santé prennent néanmoins en compte le caractère bénéfique de l'exercice physique en remboursant par exemple les abonnements à une salle de sport, etc. (c'est aussi une stratégie de sélection des petits risques).

⁹ La méthode consiste à distinguer les activités préventives dans les actes classés comme curatifs à partir des Comptes de la santé 2002. Il s'agit notamment d'estimer la valeur des actes réalisés en pratique quotidienne par les professionnels de santé actuellement comptabilisés dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Un mode de classement *ad hoc* des différents niveaux de prévention est également proposé par cette étude, qui permet d'avancer que plus de la moitié (52 %) des dépenses de prévention (5 450 millions d'euros) relèvent d'actions cherchant à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable chez les bien-portants, un quart (2 578 millions d'euros) sont consacrées au dépistage et un quart encore (2 567 millions d'euros) à la prise en charge de facteurs de risque non compliqués et de signes avant-coureurs de maladies. Les quatre cinquièmes des dépenses consacrées à la prévention sont individualisables, c'est-à-dire relatifs à des actions de prévention ciblées sur les individus et leurs comportements. Le cinquième restant se rattache à la collectivité dans son ensemble, par le biais de la sécurité sanitaire, des mesures de prévention environnementales et de l'éducation à la santé. Cf. DREES (2006), « Les dépenses de prévention et les dépenses de soin par pathologie en France », *Études & Résultats*, n° 504 : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er504/er504.pdf>.

L'évaluation médico-économique permet-elle de définir des priorités ?

Au niveau macroéconomique, il paraît encore illusoire de chercher à chiffrer l'impact d'une évolution des dépenses de prévention sur des indicateurs de santé. « La » prévention, sans précision, n'étant pas la solution miracle au problème des dépenses, il faut revenir aux préconisations habituelles en économie, qui imposent d'**allouer des ressources limitées aux actions qui en font l'usage le plus efficient**. Il est donc nécessaire de disposer d'outils pertinents pour évaluer les actions au cas par cas et d'explicitier les critères retenus par ces études.

Rendre opérationnels les indicateurs contenus dans les PQE¹⁰

Les calculs coût/efficacité de politiques particulières seraient facilités si l'on rendait plus opérationnels les indicateurs existants. On pourrait, par exemple, **adopter une nomenclature des Comptes de la santé identifiant mieux les sommes consacrées aux objectifs définis dans le Programme de qualité et d'efficacité maladie (PQE)** et utiliser cette information, combinée à celle sur l'état de santé donnée par les indicateurs, pour évaluer les actions préventives.

Ainsi, dans le domaine de la prévention, le PQE définit cinq indicateurs assortis de cibles chiffrées permettant de mesurer au cours du temps l'effet des dispositions prises dans la loi de financement. Leur évolution est donc bien connue. Ces indicateurs sont : la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant ; la prévalence des pratiques addictives (consommation de tabac et d'alcool) ; le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal ; le taux de couverture vaccinale des enfants et des personnes âgées contre les affections auxquelles ces groupes sont particulièrement exposés ; l'état de santé bucco-dentaire des enfants.

Si le suivi de l'évolution de ces indicateurs permet d'évaluer les résultats sanitaires des politiques publiques, il ne renseigne pas sur leur coût/efficacité. Combiner leur suivi systématique à un **repérage des sommes allouées** constituerait donc une base utile pour véritablement mesurer l'efficacité de la dépense de prévention¹¹. Pour cela, adopter une nomenclature des comptes de la santé qui distingue mieux les sommes allouées aux différents objectifs serait une avancée considérable.

Garder à l'esprit le caractère conditionné des analyses coûts/avantages

Lorsque l'on étudie différentes stratégies préventives isolément afin de calculer des ratios, il est utile de garder à l'esprit que les choix méthodologiques inhérents à l'évaluation – pour pertinente qu'elle soit – conditionnent nécessairement le calcul des économies permises par une action de prévention¹².

1. Toute évaluation d'une action préventive nécessite de **choisir un horizon de retour sur investissement**. Parfois, les actions préventives ne montrent leurs bénéfices qu'au bout d'une très longue période. Il n'est pas aisé d'identifier ce terme. Il en découle qu'il faut actualiser les coûts *et* les bénéfices¹³.
2. **Le choix du point de vue modifie les résultats**. Les études recherchant l'effet des mesures préventives sur les finances publiques tendent à retenir le point de vue de l'assurance maladie. Une autre approche, adoptant le point de vue « de la société » ajoute aux bénéfices tangibles (morts et coûts évités) des considérations de résultats plus qualitatifs ou subjectifs (douleur, anxiété, etc.). Ces études coût/utilité nécessitent de disposer d'une évaluation de la qualité de la vie. C'est à cet effet que l'on utilise les QALYs.
3. **La mesure des coûts et bénéfices indirects** (*i.e.* non médicaux imputables par exemple aux arrêts de travail) est plus malaisée (les indemnités journalières sont connues, mais la perte éventuelle de production et de productivité ne l'est pas). Pourtant, c'est précisément le caractère systémique de la prévention qui présente un intérêt économique : à court terme (éviter des arrêts de travail) mais aussi

¹⁰ Les PQE, placés en annexe aux projets de loi de financement de la Sécurité sociale depuis 2007, présentent les grands objectifs poursuivis par les politiques de sécurité sociale et mesurent de façon chiffrée les progrès réalisés chaque année vers ces objectifs.

¹¹ Le rapport 2008 de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale préconise de passer d'un raisonnement en termes d'indicateurs d'*efficacité* à un raisonnement en termes d'indicateurs d'*efficacité*. La Cour souhaite que « *les PQE ne restent pas des documents d'information synthétisant pour le Parlement des données disponibles par ailleurs* ».

¹² Collège des économistes de la santé, Groupe de travail coordonné par Emile Lévy et Gérard de Pourville, *Guide méthodologique pour l'évaluation économique des stratégies de santé* : http://www.ces-asso.org/docs/Guide_Methodologique_CES_2003.pdf.

¹³ L'actualisation des coûts ne pose en général pas problème (on utilise le taux de rendement des obligations d'État à long terme). En revanche, le débat sur les taux d'actualisation pour les bénéfices n'est pas tranché. À titre d'exemple, si l'on actualise les bénéfices à des taux supérieurs aux coûts, on aura toujours intérêt à reporter une décision préventive.

à long terme avec des répercussions larges sur le marché du travail (encourager un vieillissement actif et en bonne santé).

Il est impératif d'harmoniser ou du moins d'accentuer la transparence des méthodologies des études d'évaluation de stratégies préventives. Il est également nécessaire d'intégrer la démarche d'évaluation à la conception des expérimentations menées.

Encadré 3 : La controverse du vaccin contre le rotavirus

L'absence d'accord sur les méthodologies entre les différents acteurs (experts en santé publique, industriels) maintient une incertitude sur l'opportunité des différentes stratégies. D'autant plus que la physionomie nouvelle de certaines techniques préventives rend le ratio coûts/bénéfices plus difficile à calculer qu'auparavant. Par exemple, alors que les vaccins traditionnels (rougeole, DTpolio) sont des actions préventives nettement *cost-saving*, les nouveaux vaccins (HPV, rotavirus) évitent peu de décès et coûtent plus cher.

À titre d'illustration, en décembre 2006, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a décidé de ne pas recommander une vaccination des nourrissons contre le rotavirus, un agent infectieux responsable d'un grand nombre de gastro-entérites aiguës sévères chez les nourrissons et les très jeunes enfants. Ce virus provoque peu de décès en France (en moyenne 13 à 14 par an) mais un nombre important d'hospitalisations (estimées à 18 000 par an), généralement concentrées sur la même période de l'année, ce qui tend à engorger les urgences.

L'Institut national de veille sanitaire (InVS), qui a réalisé une analyse médico-économique de ce vaccin, a jugé que cette vaccination n'était pas coût/efficace au prix envisagé. Dans le calcul de ce ratio, le modèle ne prenait pas en compte les bénéfices indirects, suivant les recommandations habituellement associées à ce type de calculs (à la place, le modèle considérait la perte de qualité de vie d'un des parents pendant la maladie de l'enfant *via* les QALYs)¹⁴. Devant les protestations des fabricants, le HCSP, qui s'était engagé à réévaluer son avis après deux ans, a étudié un nouveau modèle intégrant cette fois les coûts indirects. Les résultats n'ont pas été radicalement différents, même si le ratio coût/efficacité était alors moins élevé.

Le passage des ratios aux choix de santé publique n'est pas mécanique

Si la médico-économie constitue désormais une discipline importante de l'économie de la santé, l'intégration de ses résultats dans la décision publique est plus problématique. La France n'a pas fait de l'établissement de seuils une doctrine officielle, contrairement à d'autres pays.

Au Royaume-Uni, le *National institute for clinical excellence* (NICE), un institut du NHS chargé de l'évaluation des technologies et stratégies médicales, fixe des seuils d'acceptabilité en termes de coût par *quality-adjusted life year* (QALY). L'Australie, le Canada et les Pays-Bas exigent également des industriels ce type d'études en vue des négociations sur les prix. Si peu d'agences publient les valeurs seuils des actions jugées coût-bénéfiques, il est d'usage d'avancer que le NICE ferait de la valeur de 30 000 £ (soit environ 34 000 €) par QALY son seuil d'une action jugée raisonnable¹⁵. Ce seuil implicite reste critiqué outre-Manche dès lors qu'il n'a pas découlé d'une véritable réflexion sur le consentement à payer pour un QALY.

En France, le recours à la médico-économie pour évaluer des stratégies de santé est relativement nouveau et son utilisation à des fins d'aide à la décision reste ambiguë. Les experts ont recours à des analyses coûts/avantages dans un contexte de « modèle français » où il n'a jamais été décidé de fonder une décision sur des critères médico-économiques et où il n'existe *a fortiori* pas de seuil pour considérer une action comme coût-efficace. Dans ce modèle, aucun traitement utile n'est refusé à cause de son coût (par exemple une molécule coûteuse efficace pour une maladie orpheline) mais l'influence des pratiques étrangères (Royaume-Uni, Pays-Bas) tend à faire évoluer les pratiques, si ce n'est la législation.

Ce n'est donc pas le ratio et le seuil qui produiraient « mécaniquement » le choix en santé publique, et seraient le principe de pilotage (dès lors automatique) de la politique de prévention. Toutefois, utiliser les ratios de coûts/avantages pour comparer les stratégies concurrentes afin d'éviter les gaspillages de ressources est une question distincte, et sans doute une démarche vouée à se généraliser.

¹⁴ Melliez H., Lévy-Bruhl D., Boëlle P.Y. et Yazdanpanah Y. (2008), « Efficacité et coût-efficacité de la vaccination contre le rotavirus en France – Janvier 2007 », Institut de veille sanitaire : http://www.invs.sante.fr/publications/2008/rapport_rotavirus/rapport_rotavirus.pdf.

¹⁵ King J.T. et al. (2005), « Willingness to pay for a quality-adjusted life year: implications for societal health care resource allocation », *Medical Decision Making*, 25(6).


 Une prévention plus efficiente nécessiterait une inflexion vers des politiques ciblées

Si les difficultés de chiffrage et les précautions méthodologiques ont été exposées, une conclusion résisterait à l'examen : on obtiendrait une efficience accrue, c'est-à-dire de meilleurs résultats par rapport aux coûts engagés, lorsque les politiques de prévention seraient **ciblées plutôt que diffuses**.

L'organisation des dépistages de cancers peut gagner en rationalité

Une observation des pratiques étrangères (Royaume-Uni par exemple) montre la plus grande efficience de programmes bien ciblés et organisés. Nous prendrons l'exemple des cancers, qui représentent, depuis 2004, la première cause de mortalité en France.

L'arrêté du 24 septembre 2001 fixant la « liste des programmes de dépistage organisé des maladies aux conséquences mortelles évitables »¹⁶ préconisait d'organiser le dépistage de trois cancers (sein, côlon, utérus). Tous ces dépistages n'ont pourtant pas été organisés. Cela tient en partie au fait que notre système de santé intègre encore mal les dispositifs préventifs. De plus, le partage des compétences entre différents acteurs (État, collectivités territoriales, agences, assurance maladie) entraîne des difficultés¹⁷. Notamment, les coûts importants de mise en place des structures de gestion (constituer des fichiers de données, envoyer les rappels, etc.) sont directement supportés par le gouvernement qui met en œuvre une action, et ce, pour des bénéfices mesurables uniquement dans une dizaine d'années, qu'elle a donc peu de chances de se voir imputer.

Encadré 4 : Le dépistage du cancer du col de l'utérus : l'opportunité d'une organisation ciblée

Le dépistage du cancer du col de l'utérus n'a pas été organisé alors que le remboursement des vaccins anti-papillomavirus (à un coût pour l'assurance maladie de 104 millions d'euros en 2008) venait susciter des réflexions sur ce thème¹⁸. Si le cancer du col de l'utérus a une incidence faible comparativement au cancer du sein (3 000 nouveaux cas par an), une optimisation de ce dépistage pourrait néanmoins permettre un traitement très efficace de cette pathologie aux premiers stades de son développement¹⁹, associé à une réduction des inégalités sociales de santé (objectif du Plan Cancer II). La réalisation des frottis, telle qu'actuellement pratiquée, utilise les ressources de façon irrationnelle : des femmes « surdépistées » coexistent avec des femmes qui ne font jamais cet examen²⁰. Les épidémiologistes estiment que **les mêmes ressources, redéployées, permettraient à toutes les femmes de bénéficier de frottis effectués selon les recommandations de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM)**. Le taux de couverture français du dépistage, de l'ordre de 60 %, est en effet encore faible et les données montrent une grande régularité dans les facteurs de non-recours au dépistage : cette attitude est statistiquement corrélée avec un faible nombre d'années d'études, des conditions économiques précaires et l'absence de consultation de spécialistes²¹. Une piste pourrait consister en une organisation ciblée du dépistage. Il s'agirait de créer une structure de gestion qui collecterait des données sur la pratique du dépistage. Elle suivrait la population cible et enverrait des lettres de convocation uniquement aux femmes n'ayant pas fait de dépistage depuis plus de 3 ans. En cas de frottis anormal, elle enverrait aussi des courriers aux médecins qui ont effectué l'examen afin de réduire le taux de perte.²² Ceci pourrait être combiné à un non-remboursement des frottis effectués dans une périodicité trop courte, hors profil de risque avéré.

Quant aux **deux dépistages de cancers organisés à l'échelle nationale**, ceux du cancer du sein (généralisé en 2003 après une croissance du nombre de programmes expérimentaux) et du cancer colorectal (généralisé en 2008), ils l'ont été de façon tardive. Les bénéfices escomptables sont pourtant importants car il s'agit de cancers provoquant de nombreux décès chaque année et dont se déclarent beaucoup de nouveaux cas, de l'ordre de 50 000 pour le sein et 40 000 pour le côlon. Cependant, **certains dysfonctionnements demeurent, notamment en raison de la coexistence d'un dépistage organisé (en centre *ad hoc*) et d'un dépistage spontané (en médecine de ville)**. Par exemple, le

¹⁶ Publié au *Journal Officiel* du 27 septembre 2001.

¹⁷ En 2003, l'IGAS pointait déjà des « *compétences enchevêtrées* » rendant difficile l'avancement des projets cf IGAS (2003), *Rapport annuel : santé, pour une politique de prévention durable*.

¹⁸ Le rapport *Évaluation des mesures du Plan Cancer 2003-2007 relatives au dépistage et à l'organisation des soins*, réalisé par l'IGAS en 2009 note l'absence d'évolution du dépistage du cancer du col pendant toute la durée du Plan Cancer I. Une saisine de la HAS est en cours sur ce thème : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-05/note_de_cadrage_depistage_cancer_col_uterus_note_cadrage.pdf.

¹⁹ Certains pays d'Europe du Nord qui ont mis en œuvre de tels dépistages (Suède, Norvège, Finlande) ont fait baisser de presque 90 % la mortalité.

²⁰ Selon le groupe de travail du comité technique des vaccinations (CTV), parmi les femmes ayant fait au moins deux frottis en 6 ans (1995-2000), 52,7 % d'entre elles l'ont fait avec un intervalle inférieur ou égal à 2 ans et 7,2 % avec un intervalle inférieur ou égal à 1 an, soit à un rythme supérieur aux recommandations actuelles en France (tous les 3 ans). De nombreuses jeunes filles de moins de 25 ans (âge recommandé du premier frottis) avaient également été dépistées.

²¹ Dans le Baromètre Santé 2009, 83 % des femmes déclarent que c'est leur gynécologue qui a pratiqué leur dernier frottis (16% un généraliste, 1% NSP).

²² Une telle organisation est déjà expérimentée dans 13 départements français (les départements « pilotes » étaient le Haut-Rhin, le Bas-Rhin, l'Isère et la Martinique).

dépistage organisé du cancer du sein est efficace²³ (sanitairement et économiquement), à condition que le niveau de participation soit élevé et que le dépistage se fasse dans les modalités du programme, seul à proposer une double lecture des mammographies. Or, le taux de participation, de 40 % en 2004 et de 45 % en 2005, est insuffisant.

Dans le domaine des dépistages, l'efficacité tient en grande partie à leur organisation, et des solutions simples et rapidement opérationnelles sont à la portée du système français. Le non-remboursement des examens réalisés en dehors du programme organisé, hors risque particulier, permettrait probablement d'augmenter l'efficacité sanitaire et économique²⁴.

À chacun ses risques, à chacun sa prévention : modifier les comportements passe par le développement d'actions ciblées innovantes

Les politiques de prévention qui visent à modifier des comportements posent un problème plus complexe. Pourtant, ce sont de plus en plus des problèmes de santé liés à des facteurs environnementaux ou sociaux, en principe « évitables », qui sont à l'origine de décès prématurés et grèvent les finances de l'assurance maladie²⁵. Les **causes de décès dits « évitables »**, qui comprennent les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'oesophage, du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida, ont entraîné **36 156 décès en 2005**²⁶.

Une croyance fréquente en santé publique est que les individus agissent mal parce qu'ils sont mal informés. Or, si les campagnes de promotion de la santé par des campagnes d'information ont l'effet bénéfique de distiller un niveau minimal de connaissances dans la population, elles rencontrent des « seuils »²⁷. En effet, dans certaines fractions de la population, **la connaissance des messages sanitaires ne suffit pas à provoquer un changement de comportement.** C'est notamment le cas des adolescents, pour qui les drogues incarnent un moyen de socialisation, une image d'émancipation. Une augmentation de l'ampleur des campagnes déjà mises en œuvre, et des montants qui y sont alloués, n'aurait donc pas plus d'effet sur les comportements nocifs et serait propice à un gaspillage de ressources. Une meilleure compréhension des comportements face aux risques doit constituer un préalable à toute action. **Les neurosciences cognitives²⁸ et les sciences sociales pourraient permettre de mieux appréhender des logiques d'action ou d'information spécifiquement adaptées aux populations peu réactives aux messages existants**, par exemple en évaluant la résonance des messages chez les plus jeunes. La modélisation du **comportement décisionnel d'un « sujet de la prévention »** permet de sélectionner les campagnes de santé publique les plus efficaces et de cibler leur diffusion. Par exemple, expliquer que « produire un gramme de cocaïne détruit 4 m² de forêt tropicale » à des jeunes gens sensibles à l'écologie pourrait les toucher davantage que leur marteler l'impact lointain que cela aurait sur leur santé²⁹.

Les outils économiques (taxation/subvention) constituent traditionnellement l'autre levier important des politiques de lutte contre des substances nocives en France. Le problème est que si des hausses de prix, du tabac par exemple, ont des effets bénéfiques sur la consommation, elles pèsent sur le budget des fumeurs incapables de réduire leur consommation, ces fumeurs persistants étant très fréquemment des individus en situation de vulnérabilité³⁰. Pour ces personnes en grande précarité, la cigarette meuble le temps, apaise les angoisses et peut les conduire à sacrifier d'autres consommations (notamment

²³ Près des trois quarts des décès par cancer du sein surviennent parmi les femmes n'ayant pas bénéficié d'un dépistage régulier par mammographie, selon une étude américaine présentée en octobre 2009 au *Breast Cancer Symposium* à San Francisco.

²⁴ Ceci est d'ailleurs suggéré dans le rapport d'évaluation du Plan Cancer I réalisé par la Cour des Comptes, qui avance que « la poursuite du remboursement par l'assurance maladie du dépistage individuel de la population des 50-74 ans, hors profils à risque avéré, ne serait plus fondée au regard de sa moindre fiabilité ».

²⁵ À titre d'illustration, les coûts médicaux directs dus à l'obésité et aux facteurs de risque associés étaient estimés entre 2,6 et 5,1 milliards d'euros en 2002 (selon que l'on retient une définition restreinte ou large). En intégrant les indemnités journalières, le coût de l'obésité pour l'assurance maladie était estimé entre 2,1 et 6,2 milliards d'euros (entre 1,5 % et 4,6 % de la dépense courante de santé) en 2007 ; cf Emery C., Dinet J., Lafuma A., Sermet C. et al. (2007), « Cost of obesity in France », *Presse médicale*, 36.

²⁶ DREES (2009), *L'état de santé de la population en France*, rapport 2008.

²⁷ Pour l'alimentation, l'INPES a réalisé une étude sur l'impact des messages sanitaires apposés sur les publicités alimentaires. Ses résultats montrent que 71 % des personnes interrogées ont mémorisé les messages et ce, quelques mois seulement après leur mise en place en février 2007. Mais 64 % des sondés disent que ce nouveau dispositif n'a rien changé pour eux, près d'un quart (23 %) indiquant cependant avoir pris conscience de certaines mauvaises pratiques alimentaires. Seuls 9 % déclarent avoir commencé à modifier leur alimentation et 4 % acheté différemment les marques et produits concernés.

²⁸ Sauneron S., « Stratégies d'information et de prévention en santé publique : quel apport des neurosciences ? », *La Note de Veille*, n° 138, Centre d'analyse stratégique, juin 2009 : <http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/NoteVeille138.pdf>.

²⁹ Programme colombien *Shared responsibility*.

³⁰ Peretti-Watel P. et Constance J. (2009), « "It's all we got left". Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases », *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 6(2).

alimentaires). En dépit des campagnes, de la législation anti-tabagisme et de la politique de prix, il demeure donc un noyau dur de pratiquants : si la consommation de tabac des Français est en baisse depuis les années 1990, le tabagisme concerne toujours en France 33 % des hommes et 26 % des femmes en 2008. La pénalisation des plus pauvres pourrait être éventuellement compensée si le revenu de la taxe était destiné à renforcer les politiques d'aide à l'arrêt du tabac mais cette deuxième étape est loin d'être franchie.

On comprend donc qu'en l'absence d'effort spécifique en direction des populations vulnérables, **une promotion accrue des pratiques de prévention risque d'accroître les inégalités en matière de santé en ce qu'elle bénéficierait au premier chef aux populations déjà sensibilisées aux bonnes pratiques sanitaires**³¹. De plus, nombre d'interventions préventives voient leur efficacité augmenter avec le taux de participation (par exemple, une structure de dépistage amortit ses coûts fixes). Une approche systémique des problèmes de santé des populations vulnérables gagnerait à être promue en France, afin de mieux tenir compte des déterminants économiques et sociaux de la santé³². Une véritable mobilisation, avec financement, doit permettre aux professionnels (médecins, infirmières, travailleurs sociaux) d'accomplir des actions de prévention sélective ou indiquée³³.

Encadré 6 : Les leçons d'initiatives de promotion de la prévention chez des populations vulnérables : la nécessité de combiner moyens et ancrage local

Des enseignements peuvent être tirés de l'échec d'une initiative d'aide au transport par la structure de gestion du dépistage du cancer du sein dans le département du Cher³⁴. Il s'agissait de remédier au problème du faible taux de participation des femmes isolées et précaires. Pour cela, la structure a fait appel à un prestataire de transport du secteur social, le GFAI (Giennois Formation Aide Insertion), qui assure habituellement des transports collectifs prescrits par les travailleurs sociaux dans le cadre de démarches d'insertion sociale et professionnelle. En dépit d'une ample campagne de communication, les résultats ont été médiocres, vraisemblablement parce que le GFAI n'était pas un acteur traditionnel et identifié dans le réseau santé. On constate sur ce simple exemple à l'importance cruciale de la confiance accordée aux acteurs chargés de la mise en œuvre d'une bonne idée de politique publique.

Une expérience encourageante est celle menée par la CNAMTS sur l'hygiène dentaire chez les enfants. La mise en place du dispositif « M'T dents », consistant à prendre en charge intégralement les examens bucco-dentaires (EBD) des enfants et adolescents de 6, 9, 12, 15 ou 18 ans), a été accompagnée d'un effort particulier mené auprès des enfants de 6 ans des zones d'éducation prioritaires (ZEP). La CNAMTS s'est associée à de nombreux partenaires (notamment les chirurgiens-dentistes, les instituteurs, les infirmiers scolaires, etc.), afin de valoriser la participation au BBD auprès des enfants, d'assurer un suivi en cas de soins dentaires programmés lors du bilan, etc. Cette initiative, volontairement ciblée sur le moment d'entrée dans le dispositif, s'est révélée efficace et probablement source de retombées sur les autres membres de la famille et les pratiques ultérieures des enfants.

La nécessité d'une action de proximité (*outreach*) sur les populations vulnérables nécessitant des moyens et un ancrage local tissé de longue date, ces initiatives sont forcément multipartenaires et supposent une connaissance fine des populations ainsi que des acteurs habitués à intervenir auprès d'elles. Néanmoins, les bonnes pratiques étant connues, l'adaptation aux singularités locales n'est pas un obstacle en soi à la standardisation de protocoles d'intervention, à leur expérimentation/évaluation puis à leur éventuelle généralisation. Ce faisant, **ces politiques sont coûteuses à court terme mais consentir à cet effort financier peut être efficace et équitable.**

Arbitrer entre risque de stigmatisation et bénéfices pour les intéressés

Toutefois, dans le **contexte français**, cette orientation est susceptible de rencontrer des difficultés spécifiques, la **réticence aux politiques de prévention ciblées** découlant d'un sentier historique très affirmé. Un exemple paradigmatique est celui du VIH/sida. Bien que l'on sache que les homosexuels

³¹ Certaines études suivent ainsi l'évolution d'un indicateur des inégalités d'espérance de vie basé sur le coefficient de Gini à la suite de la mise en place d'une stratégie préventive ; cf Sassi F. *et al.* (2009), « Improving lifestyles, tackling obesity: The health and economic impact of prevention strategies », *OECD health working papers* n° 48: [http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00006EF2/\\$FILE/JT03274746.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00006EF2/$FILE/JT03274746.PDF).

³² Au Québec, le programme de recherche « Défavorisation, santé et bien-être » mené par l'Institut national de santé publique met en avant la cohésion sociale, l'emploi, le revenu, la sécurité physique et psychologique, la scolarité et l'estime de soi comme les principaux facteurs influençant l'état de santé.

³³ Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté (2002), *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : Orienter et soutenir l'action !* À titre de rappel, Robert Gordon distingue selon une approche axée sur la population concernée, distincte de la nomenclature par niveau de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) : la prévention universelle, qui vise la population générale et où il s'agit de fournir à tous les individus les informations et/ou les compétences pour réduire l'importance du problème visé ; la prévention sélective, qui vise les groupes à risque (les facteurs de risque sont biologiques, sociaux, environnementaux) ; la prévention indiquée (ou identifiée), qui vise les personnes ayant déjà manifesté un ou des comportements associés au problème concerné (l'intervention se situe au niveau de l'individu et de ses propres facteurs de risque).

³⁴ Communication du Dr Olivier Ferrand, médecin coordonnateur du dépistage organisé dans le Cher, congrès annuel de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSPM), 2009.

masculins, les migrant(e)s et les toxicomanes sont des groupes particulièrement à risque, le ciblage des messages de prévention est encore insuffisant³⁵. Ainsi, en octobre 2009, la Haute Autorité de santé s'est prononcée en faveur d'un dépistage volontaire généralisé du sida, même si elle incite simultanément à une proposition ciblée et régulière du test de dépistage de l'infection par le VIH pour certaines populations³⁶. Les conditions du débat français (notamment la politisation du lien entre sida et immigration) avaient amené dès le début de l'épidémie à proposer des tests de dépistage tous azimuts, sans risque de stigmatiser aucune catégorie. Au contraire, le Royaume-Uni avait choisi d'informer largement la population mais de cibler les tests de dépistage sur les populations ayant des comportements à risque (toxicomanie, partenaires sexuels multiples, etc.).

La prévention n'est pas la panacée universelle pour résoudre les difficultés du système de santé, en particulier pour assurer la soutenabilité des dépenses. Pourtant, sous réserve de sélectionner les stratégies les plus efficaces – notamment cibler au plus près les groupes à risques – elle peut permettre d'améliorer à coût raisonnable la santé des populations. Des solutions simples semblent exister dans plusieurs domaines et leur absence de mise en œuvre peut surprendre. Parmi les obstacles, on retrouve classiquement la dimension intertemporelle de la prévention : la myopie des acteurs d'une part ; l'absence de bénéfice immédiat pour les administrations et les professionnels qui mettent en œuvre la prévention d'autre part. L'une incite à innover dans les stratégies de prévention ; l'autre à mettre en place des comptabilités et des incitations adéquates.

Mener ces réflexions est essentiel pour que les décisions politiques d'allocation des ressources respectent le double objectif de gestion maîtrisée des dépenses de santé et de maximisation du bien-être de la population.

> Sara-Lou Gerber, Département Questions sociales

Centre d'analyse stratégique
18, rue de Martignac
75700 Paris cedex 07
Téléphone 01 42 75 61 00
www.strategie.gouv.fr

Directeur de la publication :
Vincent Chiqui, directeur général

Rédactrice en chef de La Note de veille :
Nathalie Bassaler, chef du Service Veille,
Prospective, International

³⁵ Ce point est souligné dans l'édition 2010 du Rapport de la Cour des Comptes.

³⁶ Setbon M. (1993), *Pouvoirs contre Sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*, Paris, Seuil.