HIPPOCRATE
Club parlementaire sur l'économie de la santé

Club parlementaire animé par
AGORA Europe

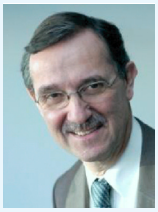
avec le conseil scientifique du
Collège des Économistes de la Santé

Fiche thématique n°9

La Prévention : entre rationalité individuelle et rationalité collective

Note rédigée par Claude LE PEN, Université Paris-Dauphine
Président du collège des Économistes de la santé

1. Introduction



On connait le discours : la France ne fait pas de prévention ; elle n'y consacre que 2% à peine de son budget santé; nous baignons dans une culture du " tout-curatif " qui fait la fortune des médecins et le malheur des patients ; la santé publique est insuffisamment enseignée dans les facs de médecine et les Français y sont culturellement rebelles.

Le constat a été dressé dans une série de rapports officiels avec un avis du Conseil Economique et Social du 26 Novembre 2003, un rapport de l'IGAS de la même année[1], le rapport du Jean-François TOUSSAINT de 2006[2] qui a servi de base aux " États-Généraux de la Prévention ", tenus à Paris les 16 et 17 Octobre 2007, et plus récemment, une " note de veille " du Centre d'Analyse Stratégique[3] de Mars 2010, qui fait entendre, il est vrai, une musique un peu différente. Nous y reviendrons.

Un premier paradoxe veut que tous ces rapports ou presque commencent par se féliciter de l'excellent état sanitaire de la France, l'un des meilleurs au monde. Un rapport OCDE vient encore de le rappeler en classant la France au premier rang des 31 pays membres pour la mortalité prématurée évitable[4]. A tel point qu'on pourrait légitimement se demander en quoi le déficit de prévention, s'il était avéré, constituerait un problème ! Et de quoi accréditer la rhétorique idéologique, tenue aux deux extrêmes de l'opinion publique qui voient dans la prévention, les uns - libertariens - une immorale dépossession des droits inaliénables des individus de leur corps et de leur santé, les autres - en écho par exemple aux travaux de Michel FOUCAULT sur le " biopouvoir " - l'une des modalités d'un projet de normalisation " totalitaire " des comportements individuels[5].

Mais en dépit des bons indicateurs de santé globaux, trois thèmes, plus ou moins longuement développés dans les rapports précités, sont invoqués pour justifier une attention particulière de puissance publique : la forte mortalité prématurée des jeunes adultes, la persistance des inégalités de santé et le coût croissant du système de soins curatifs. Dans ces trois domaines un effort accru de prévention pourrait substantiellement améliorer la situation.

2. Prévention et Santé publique

Classiquement, la prévention désigne l'ensemble des mesures et politiques " *destinées à éviter un événement qu'on peut prévoir et dont on pense qu'il entraînerait un dommage pour l'individu ou la collectivité* ". La prévention constitue à ce titre un élément de la gestion d'un risque, situé en amont de la survenue de celui-ci, dans l'objectif d'en réduire la probabilité de réalisation et/ou la gravité de ses conséquences.

Dans le domaine de la santé, la prévention a fait l'objet de plusieurs chartes et documents qui, le plus souvent, l'englobent dans une optique plus large. L'OMS utilise abondamment le concept de " *promotion de la santé* " défini par la Charte d'Ottawa de 1986[6]. Ce concept a, pour l'institution, l'avantage de ne pas opposer soins préventifs et soins curatifs, de ne pas se limiter à certaines pathologies (par exemple les pathologies contagieuses) ou à certains comportements et de ne pas réduire la santé à sa seule dimension sanitaire[7]. L'OMS ne manque pas de rappeler que la paix, la sécurité, l'éducation, l'alimentation, l'équité, l'environnement, etc. constituent autant de conditions (" *prerequisites* ") de la " santé " des individus et des peuples et entrent donc à ce titre dans une politique élargie de prévention.

1/Santé : pour une politique de prévention durable, Rapport Annuel 2003.
2/Stratégies nouvelles de prévention, Rapport de la Commission d'Orientation de la Prévention, présidée par Jean-François Toussaint, 2006.
3/Vaut-il mieux prévenir que guérir ? Arguments pour une prévention plus ciblée, Note de veille du Centre d'Analyse Stratégique n°167, Mars 2010.
4/Gay, J. G. et al. "Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues", OECD Health Working Papers, n°55, OECD Publishing., 2011
5/Cf. par exemple Roland Gori et Marie-José Del Volgo : La santé totalitaire, Champs Flammarion, Paris, 2005.
6/"La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé", Première conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa, 17-21 Novembre 1986
7/"Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being", Charte d'Otttawa, 1986.

En France, ce concept de " promotion de la santé " est peu connu et peu utilisé, les autorités publiques reliant plus volontiers la question de la prévention à celle de l' " *éducation pour la santé* " comme en témoigne le titre de l'organisme créé par la Loi du 4 Mars 2002, l'Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), pour " *mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement* ". L'accent est ainsi mis sur la dimension pédagogique de la prévention sous l'influence peut-être d'une philosophie rationaliste et platonicienne selon laquelle des individus éclairés et détachés de l'apparence des choses seront tout naturellement portés à bien agir.

La Loi de santé publique de 2004 n'a pas fait de la prévention un thème en soi, mais elle a plutôt intégré la dimension préventive dans chacun des 5 grands plans nationaux qu'elle a mis en place :

- La lutte contre le cancer,
- La lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives,
- La lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement,
- L'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques,
- La prise en charge des maladies rares.

La prévention a été en revanche explicitement présentée par le Président de la République le 18 septembre 2008, lors de sa visite à la maison de santé de Bletterans, comme l'une de des 4 grandes priorités de la politique de santé avec l'accès aux soins de premier recours, la sécurité et la qualité des soins et la reforme de l'hôpital. L'effort de la nation en faveur de la prévention devrait être porté à 10% de la dépense de santé d'ici 2012.

Ainsi la prévention a-t-elle un statut ambigu : elle est mentionnée explicitement en tant que telle dans le discours politique mais diluée dans des approches plus larges ou fragmentée dans des plans plus précis, au niveau de l'action politique. Elle est à la fois omniprésente et introuvable.

3. Typologie des actions de préventions

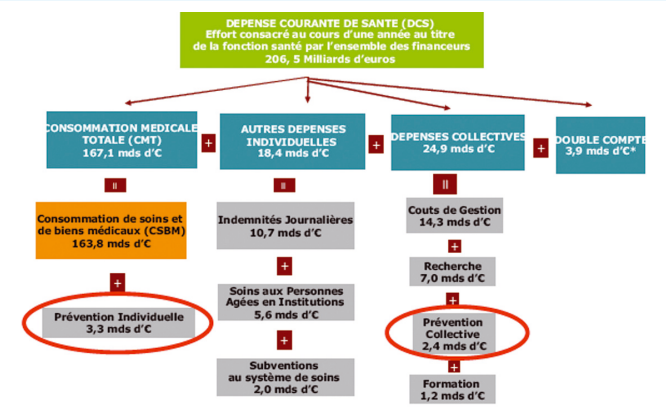
S'agissant des actions de prévention, les manuels de santé publique (et l'OMS) distinguent classiquement, la prévention *primaire* destinée à éviter les maladies, la prévention *secondaire* tournée vers le dépistage des maladies existantes et la prévention *tertiaire* destinée à éviter les complications des maladies existantes et reconnues.

Certains auteurs font référence, depuis quelques années, à une prévention *quaternaire* dont le but serait de protéger les individus, notamment le plus fragiles, contre les risques d'une " surmédicalisation " qui ne serait acceptable ni scientifiquement ni éthiquement[8]. Ce concept a été paradoxalement développé en partie pour limiter l'extension d'actions de prévention primaire médicalisée dans des populations âgées ou leur rapport bénéfice/risque paraît discutable[9].

Les Comptes de la santé de l'INSEE et de la DRESS définissent et mesurent la prévention essentiellement à travers les institutions publiques qui en sont explicitement chargés. Ils distinguent la " *prévention individuelle* " de la " *prévention collective* " qui relève des deux agrégats différents de la Comptabilité nationale en santé **(figure 1)**. La prévention individuelle dont les bénéficiaires sont des personnes identifiables (Protection Maternelle et Infantile, la médecine scolaire, la médecine du travail, etc.) relève de la Consommation Médicale Totale (CMT). La prévention collective, sans bénéficiaires individuels, est incluse dans l'agrégat plus large de la Dépense Nationale de Santé, qui ajoute aux consommation de biens et services, d'une part les dépenses individuelles ne correspondant pas à des consommation (par exemple les indemnités journalières) et, d'autre part, les dépenses collectives comme les coûts de gestion et d'administration du système de santé, la recherche et la prévention collective non personnalisable (contrôles de la qualité de l'au et de l'air, les campagnes de promotion de la sante, etc.).

Une troisième distinction, peut-être plus opérationnelle, pourrait mettre l'accent sur les acteurs de la prévention en distinguant la " *prévention médicale* " consistant essentiellement en prestations de santé, par exemple la vaccination, la " *prévention comportementale* " où l'acteur est l'individu lui-même (par exemple le tabagisme ou l'excès d'alcool) et la " *prévention environnementale* " qui tient à la qualité de cadre de vie et constitue donc une responsabilité collective. Chacune ces préventions peut se décliner en " primaire ", " secondaire " et " tertiaire ". Un individu par exemple peut, par ses comportements, éviter l'apparition d'une pathologie, contribuer au dépistage d'une pathologie existence et diminuer les complications potentielles d'un traitement Le professionnel de santé, l'individu et la collectivité sont ainsi coresponsables de la prévention. Cette logique d'acteur a l'intérêt de mettre l'accent sur l'origine de l'initiative et sur la nécessité de leur coopération.

Figure 1: La Prévention dans les Comptes Nationaux de la Santé



8/Bentzen N. WONCA Dictionnary of General/Family Practice. Copenhagen: Laegeforeningens Forlag, 2003.
9/Gervas J, Starfield B, Heath I : Is clinical prévention better than cure ? Lancet 2008; 372: 1997-99.

4. Une France plus curative que préventive ?

Une idée tenace veut que la France soit un pays du " *tout curatif* " dépourvu de culture préventive et de santé publique. C'est le constat qui a été fait à l'occasion du choc sociétal et politique qu'a été l'affaire " du sang contaminé " et, plus généralement, à l'occasion de chacune des crises sanitaires qui se sont succédées (" vache folle ", hormone de croissance, canicule, grippe H1N1, Mediator®, etc.) et dont Laurent DEGOS, ancien président de la HAS, souligne dans un ouvrage récent qu'elles prennent dans notre pays une dimension politique inconnue ailleurs[10]. En réalité la santé publique et la prévention ont en France une longue histoire qu'il convient de rappeler rapidement, en distinguant notamment trois périodes.

La première est celle de l'hygiénisme né au XIXème siècle et plus spécialement après 1831 et l'épidémie de choléra qui a conduit à des mesures prophylactiques importantes allant jusqu'à la destruction du Paris médiéval insalubre. L'État impose alors le traitement des eaux usées (les égouts d'Eugène BELGRAND) et le ramassage des ordures ménagères qui infectaient les voies publiques (les poubelles d'Eugène POUBELLE !). Il n'avait pas échappé aux contemporains, avant même les travaux de Pasteur sur l'étiologie bactérienne des maladies infectieuses, que la promiscuité et la pauvreté des quartiers populaires du centre de Paris avaient favorisé l'extension de la maladie.

De même, la tuberculose est-elle devenue dans la fin du XIXème siècle et jusque dans les années 40 et la découverte des antibiotiques, " l'ennemi public n°1 " de l'État contre lequel un effort considérable sera dirigé avec la construction, partout en France, de sanatoriums et la promotion - à titre préventif - de la vie en plein air[11]. Au point que des spécialistes de médecine sociale pourront soutenir que les mesures préventives et prophylactiques prises progressivement entre 1800 et 1940 ont fait davantage pour le recul de la maladie que la découverte de la pénicilline dans les années 40[12]. La santé publique aura été finalement l'une des grandes préoccupations de la 3ème République avec l'instruction publique.

La seconde période s'ouvre avec les découvertes scientifiques et les innovations thérapeutiques qui marquent la seconde moitié du XXème siècle et conduisent à une forme de " *ringardisation* " de la prévention, peu à peu reléguée au rang de médecine de second rang - sociale et institutionnelle - derrière une médecine curative moderne, noble, technique et efficace. La prévention se réduit progressivement à la traditionnelle radio des poumons de la médecine scolaire et aux vaccinations du nourrisson. La création de l'assurance maladie en 1945 - qui à l'époque ne prend pas en charge les vaccins - et le développement de l'hospitalocentrisme dans les années 50 accentueront le mouvement.

A partir du milieu des années 80, la confiance dans la médecine curative s'effrite sous le double effet des crises sanitaires, imputées à une insuffisance de la dimension santé publique[13], et de la croissance des dépenses, présentées comme le résultat d'une médicalisation excessive de la société française. Les thèmes de la santé publique et de prévention feront ainsi un retour avec le choc que constitue l'apparition de l'infection VIH et du SIDA, des maladies virales et des autres agents infectieux non conventionnels (le prion dans la maladie de Kreuztfeld-Jacob). La démarche préventive s'étendra aux comportements individuels - par exemple en matière d'accidents de la route ou la lutte contre le tabagisme - avec notamment le fameux rapport des 5 " sages "[14] de 1989 qui préludera à la loi Evin de 1991 sur l'interdiction du tabac dans les lieux publics.

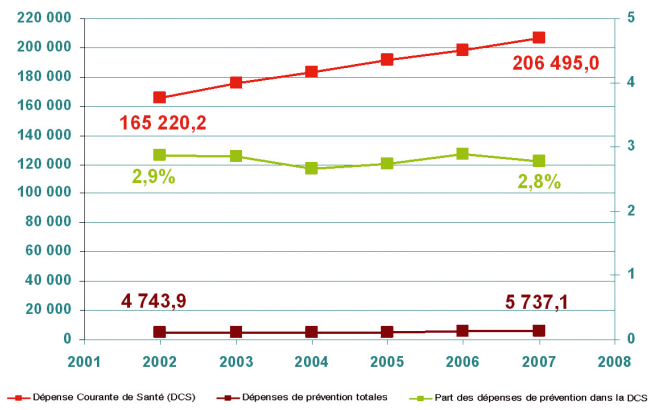
Le mouvement de réhabilitation de la prévention ira très loi jusqu'à son intégration, sous la forme radicale et controversée du " *principe de précaution* ", dans la Constitution à la suite de la Loi Barnier de 1995. Celle-ci précise que " *l'absence de certitudes, compte tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles à l'environnement à un coût économiquement acceptable* ". Les questions de l'opérationnalité de ce principe et de la légitimité de son importation dans le domaine de la santé d'une notion issue du monde de l'environnement est encore discutée.

De manière générale, il convient donc de relativiser l'idée d'une France hostile à la prévention et à la santé publique. Cela n'a été réellement le cas que dans la période d'expansion sanitaire qui a correspondu aux " trente glorieuses ".

5. Quel effort national pour la prévention ?

Selon une autre idée courante, la France ne consacrerait à la santé publique et à la prévention qu'une part minime de ses dépenses de santé - de l'ordre de 2-3% -, l'essentiel des ressources allant aux soins curatifs. De fait, même en prenant la définition la plus large de la prévention retenue par les comptables nationaux, celle qui inclut la prévention " collective " (pollution, alimentation, éducation à la santé) à côté de la prévention " individuelle " (vaccination organisée, PMI, planning familial, médecine du travail, médecine scolaire, etc.) les dépenses publiques de prévention s'élèvent en France à un peu moins de 6 Mds d'euros soit 2,8% de la dépense nationale de santé **(figure 2)**.

Figure 2: Les dépenses de prévention selon la Comptabilité nationale



10/Laurent DEGOS : Santé, sortir des crises, Editions Le Pommier, Paris 2011.
11/Cf. Isabelle GRELLET et Caroline KRUSE: Histoire de la tuberculose, Ramsay, Paris, 1983.
12/Thomas McKEOWN : The role of medicine: dream, mirage, or nemesis ?, 1974, 2ème ed. 1979.
13/Cf. par exemple Aquilino MORELLE : La défaite de la santé publique, Flammarion, Paris, 1996.
14/Gérard DUBOIS, Claude GOT, François GREMY, Albert HIRSCH et Maurice TUBIANA : L'Action politique dans le domaine de la santé publique et de la prévention, Mai 1989.

En réalité ce coût est très partiel et il n'intègre qu'une partie du coût global de la prévention dont les différentes composantes figurent au **tableau 1**.

Il convient en effet de distinguer les coûts médicaux et les coûts non médicaux de la prévention et d'intégrer des dispositifs dont beaucoup n'ont qu'un coût indirect, difficile à estimer. C'est par exemple le cas de l'effet d'une régulation publique sur les comportements individuels ou collectifs. Certains auteurs soutiennent que le " *principe de précaution* " impose un coût considérable et excessif à la société, sous la forme par exemple d'investissements dans des dispositifs de protection et de sécurité démesurés par rapport au risque encouru ; ou encore sous celle d'entraves à l'innovation et au progrès scientifique et technique[15].

Tableau 1 : Les composantes du coût de la prévention

	Types de prévention			Coûts approche sociétale
Périmètre	Actions individuelles	Actions non-spécifiques prévention	Surtout non-médicale	Part des dépenses imputables à prévention
		Consommation produits de prévention	Surtout médicale	Coût des produits et services
	Actions collectives	Normes	Non-médicale	Pertes de bien-être, d'opportunités économiques Coûts de mises en place, de contrôles
		Taxes/ subventions	Non-médicale et médicale	Coût des effets de distorsion Coûts administratifs Transferts ne sont pas à prendre en compte
		Programmes	Médicale	Coût des programmes

Pour en revenir au domaine de la santé, il faut tenir compte qu'une partie de la prévention est comptabilisée comme relevant d'un traitement *curatif* d'un facteur de risque (par exemple l'hypertension artérielle) et non comme un traitement de *prévention tertiaire* d'un risque (par exemple un accident vasculaire cérébrale ou un infarctus aigu myocarde). Mis à part le cas relativement simple de la vaccination, beaucoup d'interventions et d'actes médicaux à visée préventive sont également des actes curatifs. En traitant le diabète de type II, on en prévient les complications cardiovasculaires, ophtalmologiques ou autres.Le traitement est à la fois curatif et préventif.

Le calcul d'un coût de la *prévention médicale* nécessite donc d'interroger les Comptes de la santé pour en dégager un nouvel agrégat, somme du coût " administratif " des institutions publiques de santé publique identifiées par les comptables nationaux et du coût des interventions et actes de prévention réalisés dans le cadre du système de soins et enregistrés dans l'agrégat " Consommation de Soins et de Biens Médicaux " (CSBM) des Comptes de la Santé.

Ce travail - qui est considérable - a été effectué de manière expérimentale, dans le cadre de la réflexion méthodologique sur les dépenses par pathologies, par la DRESS et l'IRDES à partir des comptes de l'année 2002[16]. Chaque composante de la CSBM a été analysée selon le motif du soin (curatif ou préventif), les soins préventifs étant répartis selon le type de prévention (primaire, secondaire, tertiaire) et valorisés économiquement. Au total, pour 2002, les dépenses de prévention médicales totales se seraient montées à 10,495 Mds d'euros, soit 6,4% de la Dépense Courante de Santé (DCS), à comparer aux 4,743 Mds (2,9%) officiellement isolés dans les Comptes nationaux.

Cette prévention étant essentiellement médicale, il n'est pas surprenant que la prévention secondaire (dépistage) représente 44% de ce chiffre, la prévention tertiaire (complications) 36% et la prévention primaire seulement 20%.

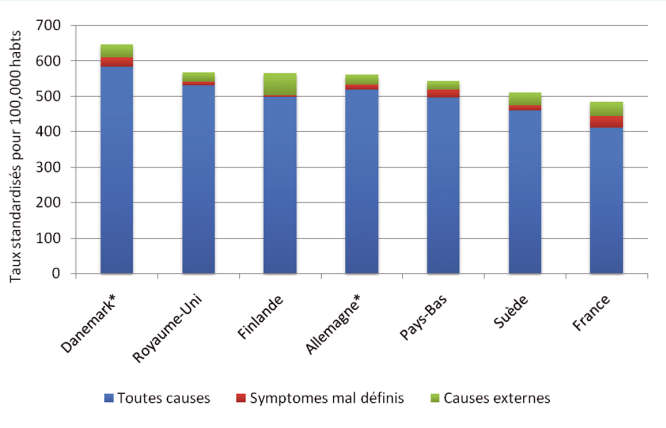
Une projection " toutes choses égales par ailleurs " de cette méthodologie réalisée par une équipe d'économistes de la société IMS-Health donne un coût de la prévention médicale à l'horizon 2015 de 18,8 Mds d'euros soit 6,5% de la Dépense courante de la santé. Sans un effort volontaire additionnel, l'objectif de 10% fixé par le Président de la république à Bletterans ne pourra donc pas être atteint.

6. Prévention et surmortalité prématurée : quel rôle pour les comportements individuels ?

Le coût déterminé ci-dessus concernant la prévention médicale délivrée directement ou indirectement par des professionnels de la santé ; il ne concerne donc pas les comportements individuels qui jouent un rôle essentiel en prévention primaire et qui sont sans doute à l'origine des performances relativement médiocres de la France en matière de causes non médicales de décès.

Si la France occupe en effet le premier rang en Europe pour la mortalité totale (hommes et femmes confondus), elle enregistre en revanche de plus mauvais scores pour ce qui est de la mortalité non médicale (accidents et suicides notamment) - qui touche surtout les jeunes adultes - et de la mortalité liée à des symptômes mal définis **(figure 3)**. A cette mortalité potentiellement évitable par un effort de prévention comportementale, il faudrait ajouter la mortalité médicale directement liée à des comportements à risque comme le tabagisme. Avec un taux de décès standardisés de 33 pour 100.000 personnes pour le cancer du poumon, la France apparaît en retrait par rapport aux pays d'Europe du Nord comme la Suède (24,5 p. 100.000) ou la Finlande (25,6 p. 100.000).

Figure 3 : Les causes de mortalité médicales et non médicales (2007)



Source : OCDE, 2011 - (*) : Année 2006 - Causes non médicales : accidents, suicides, agressions.

15/Cf. per exemple Jean de KERVASDOUE : La peur est au-dessus de nos moyens : Pour en finir avec le principe de précaution , Plon, Paris, 2010.
16/Annie FENINA, Yves GEFFROY, Corinne MINC, Thomas RENAUD, Emmanuelle SARLON et Catherine SERMET : les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France, IRDES, Question d'Economie de la santé, n°111, Juillet 2006.
Thomas RENAUD et Catherine SERMET : Les dépenses de prévention en France, une estimation à partir des comptes nationaux de la santé 2002, IRDES, série Résultats, 2008.

L'information et l'éducation pour la santé ont longtemps été les principaux - voire les seuls - moyens d'action sur les comportements. En matière de tabagisme, la France comme la plupart de ses voisins - mais un peu plus tardivement - a adopté des mesures plus contraignantes. Un certain nombre de raisons peuvent en effet expliquer une *demande de prévention* qui reste " sous optimale " ainsi que l'existence de contradictions entre la reconnaissance des bienfaits de la prévention et les conduites quotidiennes : la plupart des fumeurs connaissent parfaitement les dangers du tabac et manifestent souvent une volonté d'arrêter.

On peut classer les facteurs explicatifs des contradictions comportementales en deux catégories, ceux qui perturbent le calcul " utilitariste " des avantages et des inconvénients de la prévention et ceux qui se réfèrent à une logique " non utilitariste ", transcendant le calcul rationnel.

Du côté des premiers, on peut évoquer la classique " *préférence pour le présent* " des économistes au terme de laquelle un bénéfice futur subit une dépréciation psychologique par rapport à un coût présent. Le bénéfice de la prévention n'est pas contemporain de son " coût " et il peut ainsi être sous-estimé. En raison de son bénéfice différé, une mesure préventive est souvent défavorisée dans un choix d'allocation de ressources par rapport à mesure curative à effet immédiat.

De même, le fait que la prévention oblige à un raisonnement probabiliste peut entrainer des distorsions de comportement, soit que les individus perçoivent un risque " subjectif " inférieur au risque objectif, soit qu'ils aient du mal à appréhender la réalité des " petites probabilités " (1 cas sur 1000 ou plus), soit enfin qu'ils " jouent " le risque, en espérant passer au travers de la sanction probabiliste du comportement risqué. Dans tous ces cas, la nature probabiliste des bénéfices individuels de la prévention la handicape dans un univers mental et culturel dominé par le déterminisme.

Ajoutons à ces perturbations, le défaut d'information de certains individus sur les risques qu'ils encourent, d'autant que les campagnes des " lobbys " et des groupes d'intérêts peuvent brouiller les messages de santé publique.

Du côté des facteurs " non utilitaristes ", on notera d'abord, en pensant notamment au tabac, l'existence de conduites addictives qui échappent à la volonté des intéressés. Mais il existe également des comportements d'imitation ou de distinction conduisant à persévérer dans des comportements dont les dangers sont clairement identifiés. L'obéissance à des valeurs d'autonomie, de liberté, de refus de la médicalisation, d'acceptation fataliste du risque, etc. peuvent aussi légitimer des comportements consciemment anti-prévention, mais pas pour autant illogiques ni irrationnels.

Ces facteurs expliquent que dans la plupart des pays, la prévention soit conçue comme une prérogative régalienne de l'Etat dans la perspective des " *merit goods* " ou " *biens tutélaires* " de Richard MUSGRAVE qui désignait ainsi les biens et services qui font l'objet d'un financement et d'une production publique alors que, techniquement, rien n'en empêcherait la production marchande[17].

7. Prévention et dépenses de santé : la prévention est-elle rentable ?

Une raison qui milite en faveur de la prévention est l'idée, très largement répandue, que la prévention serait économiquement rentable. En empêchant ou en diminuant le recours aux soins curatifs coûteux, la prévention constituerait une stratégie efficace de contrôle des coûts de la santé.

En réalité, comme le rappelle la note du Conseil d'Analyse Stratégique (CAS) déjà citée, il n'existe aucune " loi économique " faisant de la prévention une stratégie plus efficiente que la stratégie curative. On peut par exemple se référer à l'article du *New England Journal of Medicine* paru en 2008 et cité par le CAS, qui passe au crible 599 stratégies médicales à visée curative ou préventive dont le bilan coût-efficacité a été publié dans la littérature entre 2000 et 2005[18].

Deux conclusions émergent de ce travail. La première est que très peu d'interventions médicales, qu'elles soit curatives ou préventives, aboutissent à une *diminution nette* des coûts de la santé (" *cost-saving* "). C'est en particulier le cas de 20% seulement des actions de prévention. Le dépistage du cancer colorectal chez les hommes de 60 à 64 ans entraînerait, selon les auteurs, des économies nettes pour le système de soins, mais un dépistage systématique du diabète chez toutes les personnes âgées de 65 ans et plus augmenterait sensiblement le coût de la santé. Et pourtant il aurait un intérêt de santé publique.

De manière générale, la plupart des interventions en santé entrainent des *coûts additionnels* pour le système de soins. La question est en fait de savoir si les bénéfices qu'en tire la collectivité en termes d'amélioration de l'état de santé des populations compensent les coûts additionnels engagés. La perspective est alors celle de *l'efficience* (c'est-à-dire du rapport coût/efficacité) du système de soins plus que celle de la maîtrise de son coût. Et précisément, la seconde conclusion des auteurs est que, du point de vue de l'efficience, les interventions préventives ne se distinguent guère des actions curatives. Elles ne sont pas *par nature* plus efficientes que les soins curatifs. Tout dépend des paramètres de l'intervention, la fréquence de l'évènement évité, sa gravité, son coût, l'efficacité de l'intervention préventive, son coût unitaire, la taille de la population à risque, etc.

De manière générale, même si on peut même s'attendre à ce qu'une prévention ciblée sur des groupes à huat risque soit plus efficiente qu'une prévention communautaire (parce qu'elle touche moins de monde et que le bénéfice est vraisemblablement supérieur), la rentabilité sociale de la prévention doit être appréciée au cas par cas : il existe des préventions " *cost-saving* " (par exemple la vaccination contre la grippe des personnes âgées), des préventions tout juste " *cost-effective* " et des préventions qui ne sont sans doute ni " *cost-saving* " ni " *cost-effective* ". Il doit même exister des cas ou il vaut mieux guérir que prévenir, comme le suggère la note du CAS ! La prévention n'échappe pas à cette loi générale qu'exprime l'économie de la santé, que son intérêt collectif dépend non d'un postulat général posé apriori mais d'un calcul au cas par cas, contextualisé et documenté, de ses coûts et de ses avantages.

17/Richard et Peggy Musgrave : Public Finance in Theory and in Practice, Mcgraw Hill, 1989.
18/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).

8. Prévention et inégalités de santé

On terminera en évoquant le dernier thème qui est souvent évoqué pour justifier un développement des politiques de prévention, à savoir les inégalités d'accès aux soins et les inégalités de santé. Nous ne reviendrons pas sur le constat qui a été dressé à de multiples reprises et récemment par Florence JUSOT dans une présentation au Cercle Hippocrate. Rappelons qu'il existe des disparités importantes d'espérance de vie selon les groupes sociaux (de l'ordre de 7 ans chez les hommes entre les ouvriers et les professions libérales) et, qu'en dépit d'une dépense largement socialisée, les consommations médicales sont également inégalitaires non seulement selon les groupes sociaux mais aussi selon les régions et les départements.

L'origine de ces inégalités est très largement multifactorielle, comme le rappelle la note de Florence JUSOT, et la question est de savoir si un effort accru de prévention serait susceptible d'en réduire la portée. La réponse n'est pas simple, très peu d'études dans la littérature internationale ayant exploré ce thème. On peut toutefois risquer certaines hypothèses qui devront trouver des confirmations empiriques.

La première est que le souci individuel de la santé explique à la fois un recours fréquent aux soins curatifs et une attention particulière portée à la prévention. Il faudrait s'attendre, selon cette hypothèse, à trouver une corrélation positive entre consommation médicale et prévention. Les inégalités d'accès aux soins iraient de pair avec une inégalité devant le recours aux stratégies préventives. Cela pourrait conduire à une seconde hypothèse selon laquelle l'accès à la prévention serait même *plus inégalitaire que l'accès* aux soins curatifs. La raison en étant l'inégalité des individus à entendre et à comprendre les messages de santé publique et à en accepter et suivre les recommandations. Une enquête récente menée par Valérie SEROR, Patrick PERETTI-WATEL (Inserm) et Olivier l'HARIDON (Greg-HEC et IUF) auprès de 2000 personnes et présentée en décembre 2010 aux journées scientifiques du Collège des Economistes de la Santé, confirment ainsi que les femmes disposent d'une plus grande capacité à adopter un mode de vie plus sain. Les auteurs insistent sur la diversité des facteurs d'attention à la santé publique et à sa santé personnelle. Si cette hypothèse est vérifiée, une prévention qui se contenterait de relayer des messages et des conseils pourrait contribuer paradoxalement à accroitre les inégalités de santé, les individus les plus favorisés étant culturellement mieux " équipés " pour entendre le discours préventif.

9. Conclusion

La leçon de ce court papier pourrait être finalement qu'une analyse rigoureuse issue d'une " économie politique " de la prévention qui reste largement à construire, conduirait à des conclusions sensiblement différentes de celles que promet une certaine rhétorique politique de la prévention. Élément indispensable d'une politique de santé publique, la prévention ne constitue pas pour autant la formule magique qu'on présente souvent et qui, à elle seule, serait susceptible de résoudre l'équation difficile du système de santé à la recherche d'un équilibre entre efficacité et équité, entre large accès et coût, entre rationalité individuelle et rationalité collective.

Une politique de prévention efficace doit se fixer des objectifs réalistes, privilégier les actions ciblées, évaluer les résultats et les coûts et s'abstraire des considérations moralisantes qui pourraient rebuter précisément ceux qui ont en le plus besoin et s'adapter aux différents profils sociaux culturels de la population à laquelle elle s'adresse.

AGORA europe

Secrétariat général : 01 41 14 99 00 / secretariat@club-hippocrate.fr

Collège des Economistes de la Santé

Conseil scientifique