



20 septembre 2016, Ministère de la santé

"Données probantes en santé publique et expériences innovantes"

La prévention est-elle « rentable » ?

Pr. Thomas BARNAY

ERUDITE – TEPP (FR CNRS 3126)

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

barnay@u-pec.fr

L'injonction de prévention

- ❑ Dans les textes législatifs et les plans nationaux :
 - « ***faire le choix de la prévention, levier majeur de réduction de la mortalité et de la morbidité évitables*** » (Stratégie nationale de santé)
 - « ***prévenir avant d'avoir à guérir*** » (1^{er} axe de la loi de modernisation du système de santé)
 - 3^e Plan cancer (2014-2019), 3^e Plan National Santé Environnement (2015-2019)...
- ❑ Dans les dispositifs incitatifs :
 - **auprès des prescripteurs** : *via la* ROSP (2011) pour modifier les pratiques des médecins et inciter à davantage d'actes préventifs (le thème « Santé publique et prévention » représente 20 % des indicateurs de performance donnant lieu à une compensation financière).
 - **auprès des consommateurs** : baisse des primes versées au titre de la complémentaire-santé pour les individus qui adoptent des comportements pro-santé,...

La prévention chez les économistes (1/2)

- ❑ Selon l'OMS : « **tout acte destiné à éviter des phénomènes attendus** »

- ❑ En économie, deux approches de la prévention sanitaire (Ehrlich et Becker, 1972 ; Dervaux et Eeckhoudt, 2004).
 - **Prévention primaire** : l'autoprotection vise à réduire la probabilité de sinistre c'est-à-dire l'apparition d'une maladie (par la vaccination, la pratique sportive, des comportements « vertueux »,...).
 - se heurte à un problème d'aléa moral et de demande sous-optimale.

La prévention chez les économistes (2/2)

- Rationalité limitée des agents s'explique par leur myopie (forte préférence pour le présent) alimentée, par exemple, par des comportements d'addiction ou de mimétisme, par la promotion des produits à risque par les industriels et un défaut d'information sur les risques encourus.

➤ **Prévention secondaire**

L'auto-assurance et souscription d'un contrat d'assurance

Objet : limiter l'extension du sinistre en cas de survenue de la maladie (le dépistage dans certains cas, l'accès à des soins de spécialistes couverts partiellement par une complémentaire,...).

La « rentabilité » ou la recherche d'efficience

- ❑ Renvoie à l'**évaluation des politiques publiques** (exigence de contrôle de la dépense publique, notamment sociale)
- ❑ Repose sur le principe économique fondamental du **coût d'opportunité** (*sacrifice consenti en choisissant l'option A plutôt que B*)
- ❑ Implique la mise en regard de coûts (directs et indirects) et de bénéfices futurs impliqués par une décision
- ❑ Relève de méthodes d'**évaluation médicoéconomique** qui se sont développées depuis les années 70 dans les pays anglo-saxons.

L'urgence de la prévention ?

❑ Système de santé français

- Tourné vers le soin
- Investissement public élevé (12% du PIB)
- Déficit de la branche maladie (RG) = 5,2 milliards d'euros (2016^p)
- Concentration des dépenses de l'AMO sur les ALD et le risque lourd

❑ Deux écueils : de **fortes ISS** et une **surmortalité prématurée élevée**

- D'après les travaux de Kunst et Mackenbach (2000), le ratio comparatif de mortalité prématurée des non manuels par rapport aux manuels atteint 1,71 en France devant la Finlande et le Royaume-Uni.
- Dans l'Europe des 15, la France est, avec la Finlande, le pays dont les écarts de risque de décès prématuré selon la profession ou le niveau d'éducation sont les plus prononcés (Mackenbach *et al.*, 2008).

L'urgence de la prévention ?

- ❑ En 2012, le **taux masculin de mortalité prématurée (moins de 65 ans) atteignait en France 287 pour 100 000** derrière la République tchèque (359) et le Portugal (295) mais **loin devant l'Allemagne (260), le Royaume-Uni (224), l'Italie (196) ou encore la Suède (180)**.
- ❑ Surmortalité masculine française due au cancer du poumon et aux causes non médicales (accidents, suicides)
- ❑ Plus d'**un tiers des décès prématurés sont potentiellement évitables** par une **réduction des comportements à risque** (tabagisme, alcoolisme, conduites dangereuses, etc.) (Eurostat, 2013).

L'urgence de la prévention ?

	Consommation d'alcool pur annuelle en litres per capita (population de 15 ans et plus)	Consommation quotidienne de tabac % (population de 15 ans et plus)	% femmes âgées 15-24 ans fumant quotidiennement	% hommes âgés 15-24 ans fumant quotidiennement
Australie	9,9	12,8	6,4	7,6
Belgique	9,8	18,9	19,1	15,4
Canada	8	14,9	9	14,6
Danemark	9,5	17	12,8	15,2
Finlande	9,1	15,8	8,8	12,1
France	11,1 (2)	24,1 (1)	24,3 (1)	31,4 (1)
Allemagne	10,9	20,9	15,6	21,3
Islande	6,3	11,4	6,8	8
Italie	6,1	19,3	14,8	25,5
Japon	7,4	15,7	ND	ND
Luxembourg	11,3 (1)	11,8	13,2	15,4
Pays-Bas	9,1	15,5	15,3	19,7
Nouvelle-Zélande	9,2	15	16,6	15,8
Norvège	6,2	ND	6	8
Espagne	9,8	23,9	20,9	22,5
Suède	7,4	10,7	11,4	11,1
Suisse	9,9	20,4	20,2	25
Royaume-Uni	9,7	20	23,2	23,1
États-Unis	8,8	13,7	11,4	14,9

Sources : Données Ocde, 2015.

Quantifier la prévention, la quête du Graal ?

Dans les comptes de la santé, la « prévention institutionnelle » :

La **prévention individuelle** (primaire et secondaire)

Les bénéficiaires sont des personnes identifiables (vaccination organisée, dépistage - tumeurs, infections sexuellement transmissibles, tuberculose, SIDA et hépatites - examens de santé, bilans bucco-dentaires, Protection Maternelle et Infantile, médecine scolaire, médecine du travail,...)

La **prévention collective**

Périmètre limité aux dépenses sanitaires « non individualisables ».

- **Comportements** : addiction (drogues, alcool, tabac), campagnes (vaccinations) et des dépistages ainsi que l'éducation à la santé ;

- **Environnement** : lutte contre la pollution, la prévention des AT, recherche en prévention sanitaire, les dispositifs et organismes de surveillance, veille, alerte, la sécurité sanitaire de l'alimentation,...

La prévention dans les comptes de la Santé

	Valeur (en milliards d'euros)		Taux d'évolution 2005-2015 en moyenne annuelle (en %)	Taux d'évolution 2014-2015 (en %)
	2005	2015		
1- CSBM	148,0	194,6	2,8	1,8
2- Soins de longue durée	12,1	20,1	3,7	2,1
SSIAD	0,9	1,6	4,0	1,3
Soins aux pers. âgées en étab.	4,6	9,0	5,0	2,2
Soins aux pers. handicapées en étab.	6,7	9,5	2,6	2,2
3- Indemnités journalières	10,7	13,7	1,8	2,3
4- Autres dépenses en faveur des malades	0,3	0,6	6,7	-1,8
→ 5- Prévention institutionnelle	5,0	5,8	1,0	-1,0
6- Dépenses en faveur du système de soins	9,6	12,2	1,8	0,7
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1,9	2,5	2,1	4,0
Recherche médicale et pharmaceutique	6,6	7,5	0,9	0,1
Formation médicale	1,1	2,2	5,2	-0,6
7- Coût de gestion de la santé	11,9	15,1	1,7	-1,3
Dépense courante de santé (1+...+7)	197,5	262,0	2,0	1,5

Source > DREES, Comptes de la santé.

Un sous-investissement dans les dépenses globales de prévention

Les dépenses de prévention s'élèveraient à **15,1 milliards d'euros en 2014** :

❑ **5,8 milliards pour la prévention institutionnelle**

- 2,2 % de la Dépense Courante de Santé contre 2,5% en 2005
- 90 euros par habitant

❑ **9,3 milliards d'euros pour la prévention retracée dans la CSBM** (*hôpital, médicaments et autres biens médicaux + une partie du champ des soins de ville - hors soins prodigués par les sages-femmes et auxiliaires médicaux notamment*)

- Les médicaments = 45 %
- Actions préventives des médecins (consultations, visites et actes) = 25 %
- 4,8 % de la CSBM
- Baisse de 500 millions d'euros depuis 2012 (9,8 milliards en 2012)

Effet de l'alcool, du tabac et des drogues sur le bien-être collectif en France

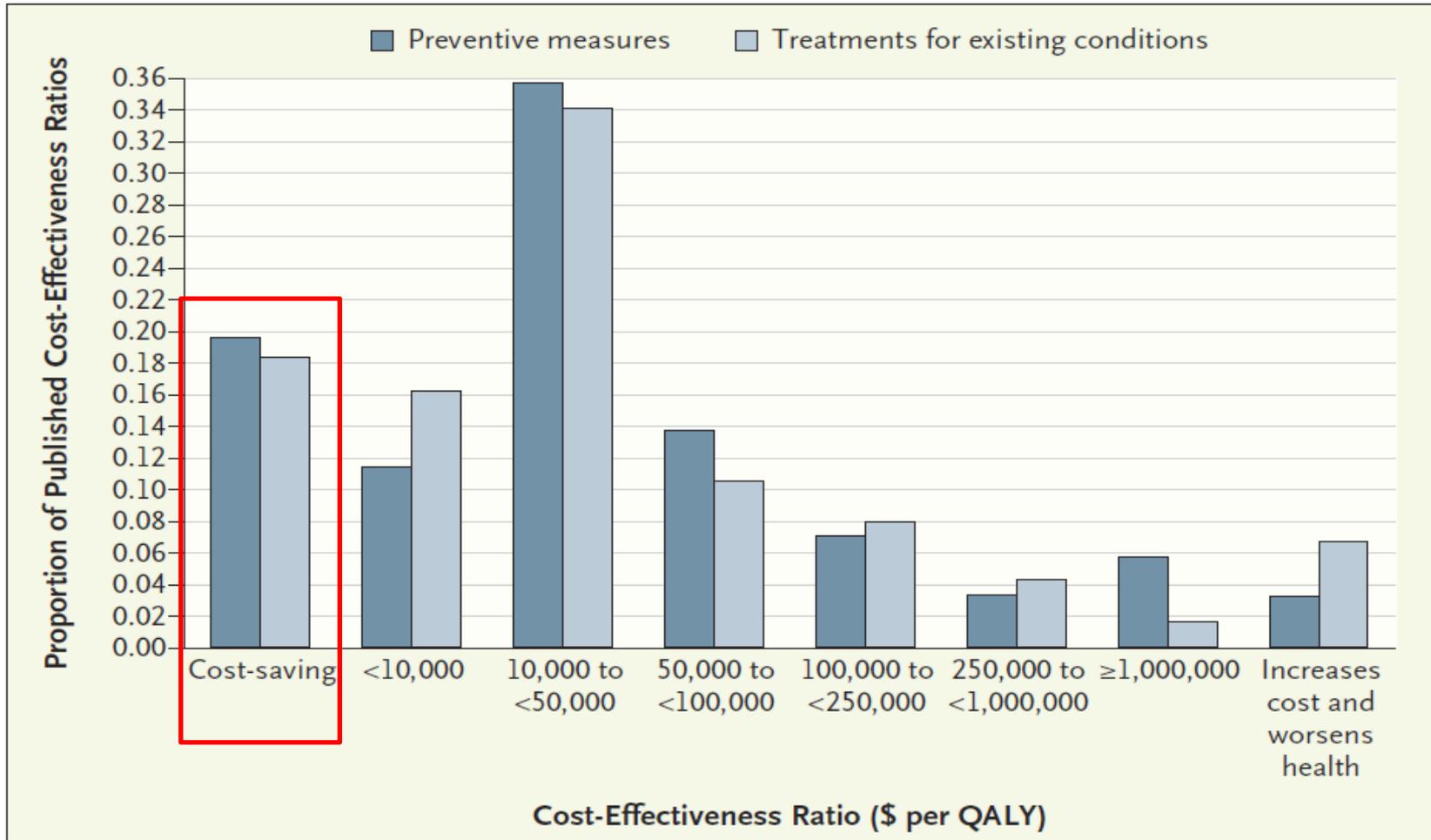
(en M€)

	Alcool	Tabac	Drogues illicites
(1) Variation des surplus (2+3)	+ 17 372,85	+ 13 091,77	+ 801,04
(2) Surplus du consommateur (SC)	+ 17 372,85	+ 13 091,77	+ 345,29
<i>dont</i> : – Cannabis			+ 294,40
– Cocaïne			+ 38,06
– Héroïne			+ 12,83
(3) Surplus du producteur (SP)	0	0	+ 455,75
<i>dont</i> : – Cannabis			+ 368,00
– Cocaïne			+ 68,50
– Héroïne			+ 19,25
(4) Coûts externes (CE)	+ 26 776,29	+ 25 743,00	+ 1 180,4
(5) Coût des dépenses de santé	– 5 431,57	– 17 482,48	– 709,97
(6) Paiements évités de retraites	+ 6 194,51	+ 7 524,61	+ 80,69
(7) Effet sur les recettes fiscales	+ 4 222,05	+ 6 082,97	– 179,70
(8) Dépenses de répression, de prévention et de recherche	– 179,98	– 62,54	– 916,59
(9) Variation du revenu de l'État (5+6+7+8)	+ 4 805,01	– 3 937,44	– 1 725,5
(10) Variation de bien-être liée aux transferts (G)	+ 1 441,50	– 1 181,23	– 517,67
(11) Impact des drogues (1-4+10)	– 7 961,94	– 13 832,46	– 897,09

Source : Calculs des auteurs.

Source : Kopp et Fenoglio, 2011 (p. 911)

La prévention n'est pas moins « rentable » que le soin



Examen de **599 études médico-économiques publiées entre 2000 et 2005**
[Cohen et al., (2008), New England Journal of Medicine].

La prévention n'est pas moins « rentable » que le soin

- ❑ Sur 279 stratégies préventives (Cohen et al, 2008), **environ 20 % d'entre elles permettent de faire des économies** :
 - Le dépistage du cancer colorectal chez les hommes entre 60 et 64 ans est « *cost-saving* »
 - Mais le dépistage du diabète chez toutes les personnes âgées de 65 ans est une stratégie coûteuse par rapport à un dépistage ciblé sur les personnes hypertendues.

- ❑ Les ratios coût/efficacité des actions préventives et curatives sont similaires

Investir dans les mesures de prévention efficaces

Results: DALYs, costs, cost-effectiveness ratios alcohol interventions

	DALYs averted	Intervention cost \$Million	Cost offsets \$Million	Net cost \$Million	Cost-effectiveness ratio \$\$/DALY
Taxation increase 30%	100,000	0.6	-530	-530	Dominant
Volumetric taxation	11,000	0.6	-57	-56	Dominant
Advertising bans	7,800	20	-31	-12	Dominant
Minimum drinking age 21	150	0.6	-0.8	-0.2	Dominant

Extrait de l'intervention de Theo Vos aux journées de la prévention, Inpes, 2013

Synthèse des travaux de l'Ocde

(Cecchini, Sassi *et al.*, 2010)

- La prévention peut être un moyen coût-efficace pour améliorer la santé de la population (mais il faut cibler)
- La prévention peut faire baisser les dépenses de santé et réduire les inégalités.
- Les stratégies complètes combinant des approches populationnelle et individuelle fournissent les meilleurs résultats.
- La participation de tous les acteurs concernés est la clé du succès de la prévention

Enjeux pour la France

Lever les freins à la prévention :

- Performance des médecins généralistes sur les indicateurs de dépistage et vaccination s'est dégradée depuis l'introduction de la ROSP en 2012
- Chute de la couverture vaccinale adulte contre la grippe saisonnière depuis 2010 signe d'une défiance vis-à-vis des institutions sanitaires et des acteurs du système de santé
- Combattre les inégalités d'accès aux dépistages

Engager une véritable politique de **promotion des dépenses de prévention efficaces** et **répandre la culture d'évaluation.**

- Agir à tous les âges de la vie et sur les comportements
- Coordonner les efforts de prévention