

Qu'est ce que la prévention ?

Selon l'article L1417-1 du Code de la santé publique, la prévention a pour but «*d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents, et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie*».

La prévention peut se décliner en trois catégories¹ : la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

- **La prévention primaire** se décompose autour de trois axes :
 - Elle a tout d'abord pour objectif la diminution du nombre de nouveaux cas d'une affection donnée : elle réduit l'incidence de la maladie. L'exemple type de prévention primaire est la vaccination, qui protège chaque individu d'une affection donnée.
 - Ce type de prévention couvre aussi les modifications des comportements des personnes : prévention des comportements alimentaires à risque (alcool...) ou encore prévention du tabagisme sont des exemples de prévention primaire qui influent sur le comportement.
 - Enfin, un troisième axe de prévention primaire peut être identifié : il s'agit de la prévention environnementale, qui a pour but de développer une culture de bien-être par l'exercice physique ou encore promouvoir une ambiance de travail moins stressante.
- **La prévention secondaire**, quant à elle, vise à réduire la gravité d'une maladie – que l'on ne peut pas empêcher d'apparaître – et sa durée d'évolution en la diagnostiquant le plus tôt possible. Ce type de prévention se développe par le biais du dépistage, notamment pour les cancers (cancer du sein, colorectal...) ou pour d'autres pathologies comme l'hypertension artérielle ou le diabète.
- **La prévention tertiaire** intervient lorsque la maladie est installée, pour éviter sa récurrence ou sa complication. La rééducation suite à un infarctus du myocarde est un exemple de prévention tertiaire.

Quel budget pour la prévention ?

Selon une enquête de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) réalisée en 2006 sur la base des comptes de la santé de 2002², **les moyens affectés en France aux programmes de prévention sont estimés à 6,4% de l'ensemble des dépenses de santé** (soit 10,5 milliards d'euros), lorsque l'on prend en compte les actes préventifs réalisés dans la pratique médicale courante (voir tableau ci-dessous).

¹ Source : OMS, conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, 1986.

² Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France, IRDES, Juillet 2006 : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes111.pdf>

Estimation des dépenses de prévention totales à partir des comptes nationaux de la santé de l'année 2002

Montants en millions d'euros	dans la CMT		Total prévention CMT	en plus de la CMT	dans la DCS
	CSBM (prévention isolée dans la CSBM)	hors CSBM (poste "Prévention individuelle" des CNS)		Poste "Prévention collective" des CNS	
A. Eviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable	1 096	2 121	3 217	2 233	5 450
B. Dépister les maladies	2 089	390	2 478	0	2 478
C. Prendre en charge les facteurs de risque et les formes précoces de maladies	2 567	0	2 567	0	2 567
Total « programmes de prévention et de santé publique »	3 862	2 511	6 373	2 233	8 606
Total « Hors programmes de prévention et de santé publique »	1 889	0	1 889	0	1 889
Total des dépenses de prévention (millions d'euros)	5 751	2 511	8 262	2 233	10 495
en % de	la CSBM	4,4 %	-	-	-
	la CMT	4,3 %	1,9 %	6,3 %	-
	la DCS	3,5 %	1,5 %	5,0 %	1,4 %

CNS : Comptes nationaux de la santé ; CMT : Consommation médicale totale ; CSBM : Consommation de soins et biens médicaux ; DCS : Dépense courante de santé

Source : DREES-IRDES Estimation des dépenses de prévention et des dépenses par pathologie d'après les Comptes nationaux de la santé

Au sein des postes de Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), c'est la prévention tertiaire qui génère le plus de dépenses, avec 2,6 milliards d'euros en 2002. La prévention primaire est la moins bien dotée, avec des dépenses s'élevant à 1,1 milliard d'euros, contre 2,1 milliards d'euros pour la prévention secondaire.

Systeme curatif ou préventif ?

Selon le rapport annuel de l'Inspection Générale de la Santé (IGAS)³ de 2003, les politiques de santé ont cessé de s'orienter vers la prévention à partir de 1945 en même temps que les progrès de la médecine ont permis une forte augmentation de l'espérance de vie des Français. La prévention est alors devenue « *le parent pauvre du système de soins* », au profit d'un système tourné majoritairement vers la médecine curative.

Des interrogations sur notre système quasi exclusivement curatif ont commencé à émerger à partir des années 70, avec notamment l'apparition de difficultés de régulation financière du système de soins, l'irruption du SIDA au début des années 80 et la survenance de graves crises sanitaires mettant en jeu la sécurité sanitaire dans les années 90.

Toutes ces interrogations ont trouvé un écho en France, avec la création, à la fin de la dernière décennie, **d'agences de sécurité sanitaire** (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, Institut National de Veille Sanitaire, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale). Ces évolutions ont transformé en profondeur le paysage de la santé publique et les modes d'intervention de la puissance publique en ce domaine.

³ Rapport annuel 2003, Santé : pour une politique de prévention efficace : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000331/0000.pdf>

La prévention en France aujourd'hui :

Aujourd'hui, suite à un **rééquilibrage en faveur de la prévention**, notre système de soins est axé à la fois sur des politiques préventives et curatives. Autour d'un acteur majeur, l'INPES, les politiques de prévention visent à améliorer l'état de santé des Français et à détecter et prévenir certaines pathologies, mais sans toujours bénéficier de moyens suffisants.

- Les acteurs de la prévention en France :

- La loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé a créé l'**Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé** (INPES), qui est le principal acteur du système de prévention en France. L'INPES est « *un acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en oeuvre 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* ». Depuis la loi du 9 août 2004, l'Institut peut également gérer les « *situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives* » et participe « *à la formation à l'éducation pour la santé*⁴ ». L'INPES est doté d'un budget d'environ 100 millions d'euros par an et emploie actuellement plus de 120 personnes.
- Un grand nombre d'organismes publics ou parapublics jouent également un rôle en matière de prévention. Outre l'INPES, il existe le Haut Comité de Santé Publique (HCSP), chargé de définir les risques et les objectifs de la prévention, ou encore l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) pour la surveillance sanitaire et la quantification des risques.
- La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) participe également à la politique de prévention grâce à des campagnes d'information : par exemple, la campagne de prévention « *Les antibiotiques c'est pas automatique* » lancée en 2002.
- Les associations de patients participent également à la prévention, généralement avec des objectifs très précis, axés sur une pathologie ciblée (cancer, diabète ou encore SIDA).
- L'Etat conserve certaines compétences en matière de lutte contre certaines pathologies (SIDA, santé mentale...), de politique vaccinale et de politique de santé à destination des populations en situation de précarité ou d'exclusion.

- Quelles politiques de prévention ?

La loi relative à la santé publique du 9 août 2004 a prévu 5 plans nationaux de prévention :

- 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

⁴ Source : <http://www.inpes.sante.fr/>

Plus spécifiquement, l'INPES structure son action autour de 12 programmes, tous tournés vers les populations fragiles ou en situation précaire :

- Consommations à risque : alcool, tabac, toxicomanie
- Modes de vie : nutrition, santé mentale
- Santé environnement : accidents de la vie courante, environnement
- Maladies infectieuses : SIDA et Infections Sexuellement Transmissibles (IST), autres maladies infectieuses
- Qualité de vie : maladies chroniques, enfants et jeunes, personnes âgées

Mesurer les actions de prévention :

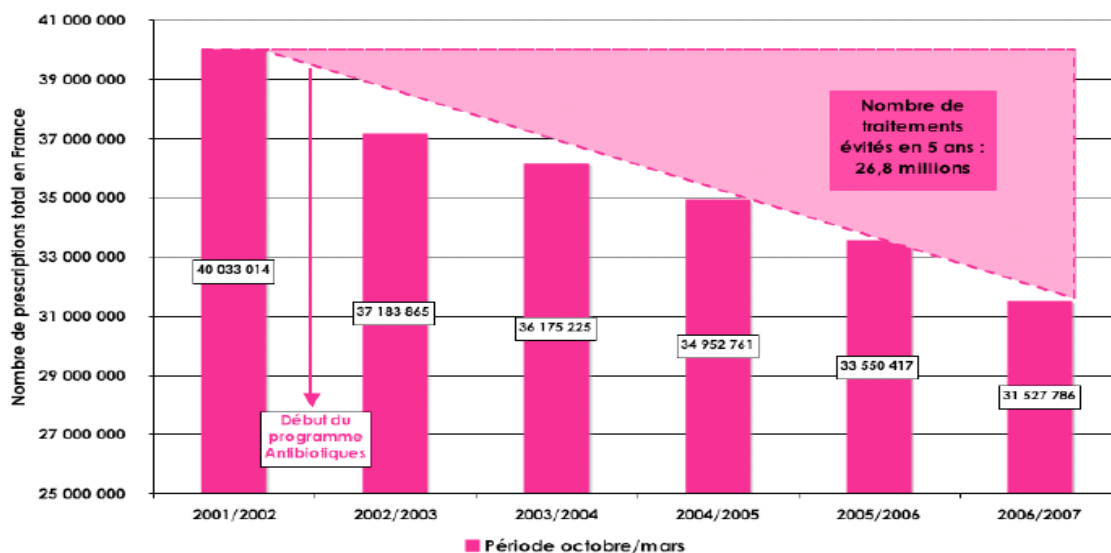
Il est généralement difficile d'évaluer l'impact d'une politique de prévention, car le résultat n'est mesurable que longtemps après la mise en place des mesures.

Il existe cependant quelques exemples de politiques de prévention dont l'efficacité a pu être démontrée.

Les antibiotiques

Entre le lancement du programme antibiotiques en 2002 et l'automne 2008, relayé par la campagne de prévention « **Les antibiotiques, c'est pas automatique** » de l'Assurance Maladie, la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) comptabilise une **baisse cumulée de 23 % de la consommation d'antibiotiques** ce qui correspond à une économie de 850 millions d'euros pour l'Assurance Maladie (voir tableau ci-dessous)⁵. La France, pourtant le pays européen qui consommait le plus d'antibiotiques avec un des taux de résistance bactérienne les plus élevés, a atteint son objectif de réduction de la consommation d'antibiotiques.

Antibiotiques : évolution du nombre de prescriptions semestrielles par an :



Source : Etude sur l'évolution de la consommation d'antibiotiques en ville, CNAMTS, janvier 2008

⁵ Source : Communiqué de presse, Programme Antibiotiques, 10 janvier 2008 : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Antibiotiques_10-01-2008.pdf

Le plan national est articulé autour de trois axes :

- la sensibilisation du grand public, avec le fameux slogan «*les antibiotiques, c'est pas automatique*». Avant 2001, les médecins subissaient une forte pression de la part de leurs patients pour obtenir une ordonnance d'antibiotiques, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui.
- la mise à disposition de tests de diagnostic rapide des angines pour vérifier leur origine virale ou bactérienne, qui permet aux médecins d'expliquer à leurs patients, preuve à l'appui, que la prise d'antibiotiques n'est pas toujours justifiée.
- une action ciblée vers les médecins «gros» prescripteurs d'antibiotiques. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a fait la démonstration de l'efficacité des visites de ses délégués chez les médecins généralistes les plus prescripteurs d'antibiotiques dans une étude parue en novembre 2008. Quatre mois après le début du dispositif, la proportion de patients traités par antibiotiques était significativement plus faible chez les médecins ayant reçu la visite des délégués de l'assurance maladie, avec une valeur de 16,2% contre 17,1% chez le groupe témoin, l'impact de l'action des délégués augmentant significativement en fonction du nombre de visites. Ainsi, en décembre, le taux de patients traités par antibiotiques était de 17,1% pour les médecins n'ayant pas été visités, de 16,5% pour ceux visités une fois et de 15,6% pour ceux visités deux fois. L'économie minimale réalisée est estimée à 1,9 million d'euros et les dépenses à 1,4 million d'euros.

Le recul est particulièrement marqué chez les parents de jeunes enfants (0-5 ans) qui ne sont plus que 25% à espérer une prescription d'antibiotiques lors de la consultation, contre 45% avant 2001, dépassant ainsi pour cette tranche d'âge, l'objectif général d'une diminution de 25 %, ce qui constitue un résultat très positif sur cette cible prioritaire du programme, fortement consommatrice d'antibiotiques.

Sur l'ensemble de la population, la baisse des prescriptions se maintient depuis 3 ans autour de 3,5 %, indiquant une mobilisation durable. Cette baisse représente 17,7 millions de traitements inutiles évités sur ces trois ans (26,8 millions de 2002 à 2007), ainsi qu'une nette diminution de la résistance bactérienne avec une proportion de pneumocoques résistants à la pénicilline qui est passée de 47 % en 2001 à 34,5 % en 2005.

La consommation de psychotropes ⁶

Dans le cadre des objectifs conventionnels de maîtrise médicalisée, l'Assurance Maladie et les médecins libéraux ont poursuivi leurs actions pour réduire les prescriptions inappropriées de médicaments psychotropes. En 2006, les dépenses de remboursement pour les anxiolytiques et hypnotiques ont diminué de 7,1%. (Voir tableau ci-dessous)



⁶ Source : Assurance maladie, 2007