



# La prévention dans les soins

**La prévention existe dans les soins. Elle est mal identifiée, peu évaluée et devrait trouver sa place dans une véritable stratégie coordonnée. Les pratiques préventives des professionnels pourraient être reconnues et améliorées.**

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.*

**François Alla**  
Professeur de santé publique,  
université de Lorraine, direction  
générale de la Cnamts

La prévention a pour objectif de prévenir l'apparition des maladies ou d'en réduire les conséquences en agissant sur leurs déterminants. Une grande partie de la morbi-mortalité et des dépenses de santé est liée à des affections accessibles à la prévention : pour la France, les cinq principaux facteurs de risque sont les conduites alimentaires (10 % de la charge de morbidité), le tabagisme (9 %), l'hypertension artérielle (7,5 %), le surpoids et l'obésité (7 %) et l'alcool (6,5 %) [45].

Il est aujourd'hui largement admis que l'état de santé de la population dépend d'abord de mesures prises dans d'autres secteurs que le secteur sanitaire. La politique de prévention doit donc articuler l'intervention du système de santé (prévention dite médicalisée, réalisée par les professionnels de santé ou « pratiques cliniques préventives») et des leviers qui ne se trouvent pas dans ce système, pour agir sur les environnements et les comportements (promotion de la santé).

Il existe des controverses importantes sur l'efficacité et l'efficience de la prévention, liées notamment à l'hétérogénéité des interventions prises en compte. Globalement, une analyse des interventions recensées dans le *Tufts Medical Center Cost-Effectiveness Analysis Registry* [20], prise ici à titre illustratif, montre que les interventions de prévention médicalisée sont moins souvent rentables (c'est-à-dire que les coûts sont compensés par des gains) que les interventions de promotion de la santé à caractère collectif et qu'elles peuvent être toutefois efficaces (coût pour un résultat de santé donné). Pour prendre un exemple illustratif de ces constats, une modélisation dans le domaine de l'hypertension

artérielle [8] montrait qu'un dollar investi dans la promotion de la santé (réduction de la consommation de sel) permettait d'éviter entre 7 et 36 dollars de dépenses de soin (prise en charge de l'infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux), alors qu'un dollar investi dans la prévention médicalisée (traitement antihypertenseur) ne permettait d'éviter que 0,7 dollar, soit un coût supérieur à l'économie générée. Cependant, dans le deuxième cas, le coût par Qaly<sup>1</sup> gagné était de 15 800 dollars, soit très en deçà des seuils d'efficience généralement admis (30 à 50 000 euros par année).

Une autre analyse issue du *Tufts Medical Center Cost-Effectiveness Analysis Registry* objective une grande hétérogénéité des résultats avec une répartition des rapports coût-utilité superposable entre prévention médicalisée et soins curatifs [58]. Ces résultats soulignent encore que, si la prévention médicalisée peut être un important levier d'amélioration de la santé et des coûts, sa pertinence doit se juger au cas par cas sur des arguments factuels appliqués à une population donnée, dans un contexte donné et avec un cadrage de sa mise en œuvre.

## Les acteurs et les actions de la prévention médicalisée

Le médecin généraliste, premier recours en France en termes de soins, est le premier acteur de la prévention médicalisée. Dans les faits, une part importante de son activité est consacrée à des actes de prévention [65], que

1. Le Qaly, pour *Quality-adjusted life years measurement*, est un indice combinant la durée et la qualité de vie. Un Qaly correspond à une année de vie en parfaite santé.

ces actes soient opportunistes ou réalisés en réponse à une demande du patient. D'autres professionnels de santé interviennent dans leurs champs de compétences respectifs et/ou dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle (ex. : médecins d'autres spécialités, dentistes, sages-femmes, infirmiers, etc.). Ces interventions peuvent se dérouler dans le système de soins ou dans le dispositif de santé publique (ex. : médecine du travail, médecine scolaire, protection maternelle et infantile, etc.).

La prévention médicalisée intègre une grande diversité d'interventions : information, éducation pour la santé (hygiène de vie, santé bucco-dentaire...) et counseling; bilans de santé, suivi des grossesses, dépistage des facteurs de risque et des maladies; vaccination, contraception, chimioprophylaxie, etc. Par ailleurs, certaines activités qui relèvent de la prévention ne sont pas toujours considérées comme telles (notamment dans les Comptes de la santé). Il s'agit de la prise en charge des facteurs de risque (ex. : hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, tabac, alcool...); de la prévention tertiaire, c'est-à-dire réalisée chez le malade pour éviter les récurrences et les conséquences de la maladie (ex. : traitement médicamenteux post-événement, éducation thérapeutique, accompagnement...); voire de la lutte contre les soins inutiles (prévention dite « quaternaire ») et contre les événements indésirables liés aux soins.

En termes de dépenses, là encore, l'état des lieux n'est pas simple et dépend du périmètre accordé à la prévention. Les Comptes de la santé individualisent une dépense de 5,8 milliards d'euros en 2011 pour la prévention (soit 2,4 % de la dépense courante de santé). Cette ligne budgétaire inclut des dépenses de prévention individualisable, qu'elles soient individuelles (vaccination organisée, médecine du travail, dépistage organisé, etc.) ou collectives. Cependant, elle ne tient pas compte des actes de prévention réalisés à l'occasion des consultations médicales [27], notamment pour la prise en charge des facteurs de risque et qui représentaient 4,4 % de la consommation de soins et biens médicaux selon une estimation de 2002 [28]). La prise en compte de ces dépenses doublerait au moins l'estimation des dépenses annuelles de prévention, qui pourraient être alors aujourd'hui à plus de 14 milliards d'euros.

### État des lieux en France

En France, de nombreux rapports généraux ou thématiques ont souligné les faiblesses

de la politique de prévention, en particulier un rapport de la Cour des comptes en 2011 [24]. Il est globalement noté une absence de stratégie globale (il n'y a pas de politique de prévention proprement dite, mais un ensemble de mesures et d'interventions issues de plusieurs sources, peu coordonnées). Il faut y ajouter une mise en œuvre sub-optimale, que ce soit en termes d'implantation de la politique ou de pratiques des professionnels : par exemple, la France est au 17<sup>e</sup> rang/25 en Europe pour la couverture vaccinale des enfants pour le ROR [35]. Autre exemple de cette situation, l'évaluation par le HCSP en 2010 des objectifs de santé publique, montre que sur 17 objectifs mesurables portant sur des facteurs de risque, seuls 3 ont été atteints [36]. Pour de nombreux facteurs, la France se situe ainsi dans une position défavorable par rapport à la moyenne européenne (ex. : tabac, alcool, activité physique...) [35]. Cela contribue à expliquer que, malgré un bon état de santé général, certains résultats – tous liés à des facteurs accessibles à la prévention – sont préoccupants : une mortalité prématurée élevée, notamment chez les hommes, une espérance de vie sans maladie chronique inférieure à la moyenne européenne, de fortes inégalités sociales et territoriales de mortalité, de morbidité et de qualité de vie. Or les marges de progrès existent. Pour prendre l'exemple du tabac (33 % de fumeurs dans la population adulte française vs 29 % en moyenne européenne fin 2009) [21], le seul alignement sur la moyenne européenne (soit une baisse absolue de 4 % de la prévalence) permettrait à terme une réduction annuelle des dépenses d'assurance maladie d'au moins 1,4 milliard d'euros. Un tel objectif est réaliste : des pays voisins comme l'Allemagne ou l'Italie ont obtenu des baisses de consommation de cet ordre de grandeur entre 2006 et 2009 [21].

### Conclusion : rénover la politique de prévention

À partir de ces enjeux et constats, nous pouvons formuler en guise de conclusion plusieurs propositions pour le système de santé français :

- Il s'agit tout d'abord de se doter d'une véritable stratégie coordonnée, pilotée et suivie, articulant promotion de la santé et prévention médicalisée [14]. La décision dans le domaine doit être transparente et partagée, fondée sur les connaissances scientifiques et tenir compte des préférences sociales. Pour cela, elle doit pouvoir s'appuyer sur des recommandations basées sur des évaluations

de l'efficacité et de l'efficience de chaque intervention de prévention qui prennent en compte les dimensions structurelles, sociales et culturelles du système de santé français.

- Il est nécessaire d'accompagner les professionnels pour améliorer les pratiques préventives. Cela passe par le renforcement des actions auprès d'eux (actions d'accompagnement, de formation, de diffusion de référentiels adaptés à la pratique...). Cela passe aussi, c'est important de le préciser, par une évolution des attitudes des professionnels, des décideurs et de la population vis-à-vis de la prévention : celle-ci ne doit pas être envisagée seulement comme un acte ou une série d'actes individuels et ponctuels, mais comme une intervention collective par nature, c'est-à-dire pensée et organisée à l'échelle d'une patientèle ou d'un territoire [11]; elle doit s'inscrire dans un parcours, c'est-à-dire dans une trajectoire pluriprofessionnelle et plurisectorielle, coordonnée autour des besoins du patient. Dans ce cadre, sa pertinence doit être analysée. Il est en effet crucial de lutter contre la prévention inefficace, inutile, voire dangereuse. Il est par exemple paradoxal de constater que la meilleure couverture en termes de dépistage des cancers le soit pour le dépistage du cancer de la prostate, pourtant non recommandé.

- La prévention doit être intégrée dans l'activité des professionnels de santé et reconnue comme telle. L'investissement des professionnels dans la prévention doit être accompagné par des mesures organisationnelles, des rémunérations adaptées et la mise à disposition d'outils facilitants.

- La population doit être accompagnée afin d'améliorer sa capacité de choix à travers des programmes, thématiques ou non, dans une approche de promotion de la santé.

- Il s'agit enfin de prendre en compte la problématique des inégalités d'accès à la prévention médicalisée. Cela peut nécessiter de mettre en place des dispositifs spécifiques.

Au total, située à l'articulation de la promotion de la santé et des soins curatifs, la prévention médicalisée peut représenter un important levier d'amélioration de notre système de santé pour assurer sa pérennité tout en sauvegardant le principe de solidarité. ↑