

Les dépenses de prévention en France

Estimation à partir des Comptes nationaux
de la santé en 2002

Thomas Renaud
Catherine Sermet
Avec la collaboration de Corinne Minc et d'Emmanuelle Sarlon

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président	François Joliclerc
Trésorier	Jean-Marie Langlois
Membres	Hubert Allemand, Laure Com-Ruelle, Yves Humez, Jean-Marie Langlois, Daniel Lenoir, Dominique Liger, Christine Meyer, Julien Mousquès, Bernard Salengro, Georges Simoni, Jean-Marie Thomas, Frédéric Van Roekeghem

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Président	François Heran
Membres	Didier Blanchet, Marc Brodin, Martine Bungener, Mathieu Cousineau, Gérard De Pouvourville, Guy Desplanques, Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoffard, Pierre-Jean Lancry, Annette Leclerc, Pierre Lombrail, Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi, Lucile Olier, Dominique Polton, Philippe Ricordeau, Lise Rochaix, Simone Sandier, Alain Trognon, Philippe Ulmann

EQUIPE DE RECHERCHE

Directrice	Chantal Cases
Directrice adjointe	Catherine Sermet
Directeurs de recherche	Yann Bourgueil, Laure Com-Ruelle, Philippe Le Fur
Maîtres de recherche	Thierry Debrand, Paul Dourgnon, Nathalie Grandfils, Véronique Lucas-Gabrielli, Georges Menahem, Julien Mousques, Zeynep Or, Valérie Paris, Marc Perronnin.
Chargés de recherche	Anissa Afrite, Anne Aligon, Caroline Allonier, Magali Coldefy, Bidénam Kambia-Chopin, Pascale Lengagne, Anna Marek, Aurélie Pierre, Thomas Renaud, Thierry Rochereau, Nicolas Sirven, Engin Yilmaz
Chercheur associé	Caroline Despres, Michel Grignon, Florence Jusot, Michel Naiditch
Attachées de recherche	Claire Barangé, Martine Broïdo, Nicolas Célant, Stéphanie Guillaume, Nelly Le Guen, Frédérique Ruchon
Responsable de la documentation	Marie-Odile Safon
Documentalistes	Suzanne Chriqui, Véronique Suhard
Responsable des publications	Nathalie Meunier
Informaticiens	Bruno Dervillez, Jacques Harrouin, Christophe Lainé
Secrétaire générale	Dominique Goldfarb
Cadre administratif	Isabelle Henri
Assistante de direction	Catherine Banchereau
Secrétaires-maquettistes	Khadidja Ben Larbi, Franck-Séverin Clérembault, Aude Sirvain
Secrétaire de la diffusion	Sandrine Bequignon
Employé de bureau	Damien Le Torrec

Les dépenses de prévention en France

Estimation à partir des Comptes nationaux de la santé 2002

Thomas Renaud

Catherine Sermet

Avec la collaboration de Corinne Minc et d'Emmanuelle Sarlon

Rapport n° 542 (biblio n° 1706) - Avril 2008

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique

Toute reproduction de textes ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.

En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le directeur de l'IRDES devra être informé préalablement.

I.S.B.N. : 978-2-87812-346-3

Avertissement

Les Comptes nationaux de la santé présentent chaque année des informations sur les dépenses engagées par les financeurs du système de santé pour les différents types de soins (ambulatoires, hôpital, médicaments) et les différents secteurs de production.

En 1998, l'IRDES – en collaboration avec la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du ministère de la Santé et des Solidarités – a mis au point et testé une méthode de construction de *Comptes de la santé par pathologie* pour les dépenses et soins.

Le travail présenté ici, réalisé à la demande de la DREES, complète cette approche par pathologie en proposant une méthode d'estimation des dépenses de prévention comptabilisées dans la Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM) des Comptes nationaux de la santé.

Ce projet a bénéficié d'un financement de la DREES. Il a déjà fait l'objet d'une publication de synthèse conjointe de l'IRDES et de la DREES, intitulée « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France » (Fénina *et al.*, 2006) :

- dans la série *Questions d'économie de la santé* à l'IRDES (QES n°11) ;
- dans la série *Études et résultats à la DREES* (n° 504).

La lecture de ce rapport peut être complétée par la consultation de documents méthodologiques annexes, regroupés dans un fichier Excel accessible en téléchargement sur le site de l'IRDES (<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/Rap1706/DepensesPreventionEnFranceMethode.xls>).

Remerciements

Cette étude a été réalisée dans un contexte de collaboration étroite avec Yves Geffroy et Annie Fénina (DREES), déjà matérialisé par un travail collectif sur les Comptes par pathologie. Au cours de réunions de travail communes, ils ont alimenté la réflexion sur les définitions conceptuelles de la prévention et nous ont renseignés sur la méthodologie des Comptes de la santé en général et sur le contenu des postes relatifs à la prévention en particulier.

La présente étude doit également beaucoup à Valérie Paris (OCDE), Céline Pereira (DREES) et Philippe Le Fur (IRDES) qui ont collaboré à une version préliminaire de ce travail d'estimation des dépenses de prévention. Ce travail a aussi bénéficié de la contribution de Laurence Chauvet qui, au cours d'un stage de DEA, a effectué de nombreuses recherches sur les définitions de la prévention proposées dans la littérature et sur le rôle des différents acteurs de la prévention.

Les auteurs tiennent à remercier particulièrement les membres du groupe d'expertise réuni par l'IRDES au printemps 2004 dans le but de mener une réflexion sur le concept de « prévention » : Dominique Baubeau (DRASS d'Ile-de-France), Catherine Bismuth (CNAMTS), Marc Brodin (Hôpital Bichat), Roland Cash (consultant), Marcelle Delour (PMI de Paris), René Demeulemeester (INPES), Patrice Dosquet (ANAES), Nathalie Pelletier-Fleury (INSERM U537) et Gérard de Pouvourville (INSERM U537). Leur expertise sur le sujet nous a permis de mieux circonscrire le champ de la prévention et d'en proposer une définition multiforme qui, à défaut d'être consensuelle, soit la plus acceptable possible.

Nous souhaitons exprimer notre gratitude à l'ensemble des organismes producteurs de sources de données et aux personnes responsables de ces sources qui ont bien voulu mettre à notre disposition les informations nécessaires à ce travail, en particulier : Philippe Cavalié (AFSSAPS), Aïssa Khelifa (Observatoire français de la sénologie) et le groupe national de suivi de l'AcBUs, Marie-Claude Mouquet (DREES), les responsables des données EPPM à IMS-Health France.

Nous remercions également Yann Bourgueil et Zeynep Or, chercheurs à l'IRDES, pour leur relecture attentive qui nous a permis de clarifier considérablement cette publication.

Nous remercions, enfin, Khadidja Ben Larbi pour la mise en page de ce rapport.

Les résultats présentés n'engagent que les auteurs qui restent seuls responsables des éventuelles erreurs d'interprétation.

Sommaire

Sommaire

Introduction.....	13
1. Définir et circonscrire la prévention	17
1.1. Les définitions usuelles de la prévention	19
1.1.1. Le concept général de « prévention ».....	19
1.1.2. Différencier les activités préventives et curatives	20
1.1.3. Les classifications usuelles de la prévention médicale	21
1.2. Trois critères retenus pour différencier les actions de prévention	22
1.2.1. La nature de l'action préventive.....	23
1.2.2. L'appartenance de l'action préventive à un programme de prévention ou de santé publique	25
1.2.3. La nature individualisable ou non individualisable des dépenses de prévention.....	26
1.3. Tableau de classement des actions de prévention	27
2. L'articulation entre le concept de prévention et le champ des Comptes de la santé	29
2.1. Schéma d'ensemble	31
2.2. Les dépenses de prévention individuelle et collective dans les Comptes de la santé	32
2.2.1. La nomenclature des postes de prévention dans les Comptes de la santé	32
2.2.2. Le poste « prévention individuelle » des Comptes de la santé (zone ①)	34
2.2.3. Le poste « prévention collective » des Comptes de la santé (zone ②)	35
2.2.4. Les limites de la distinction entre prévention individuelle et prévention collective.....	35
2.2.5. Les actions de prévention de la CSBM non repérables dans les Comptes (zone ③) ..	36
2.3. La prévention hors du champ des Comptes de la santé	36
2.3.1. La prévention collective hors du champ des Comptes de la santé (zone ④)	36
2.3.2. La prévention individuelle hors du champ des Comptes de la santé (zone ⑤)	37
3. Identifier et hiérarchiser les actions de prévention	39
3.1. L'identification des actions de prévention et leur classement dans le tableau	41
3.1.1. Le tableau descriptif des activités de prévention	41
3.1.2. Le classement selon la « nature d'action préventive » : éléments de discussion.....	43

3.1.3. Le classement en « programme » vs. « hors programme »	44
3.1.4. La nature « individualisable » ou « non individualisable » des dépenses de prévention	47
3.2. Discussion sur le champ de la prévention dans notre étude	47
4. Méthode d'identification des dépenses de prévention individuelle	49
4.1. Les grands principes méthodologiques	51
4.1.1. La démarche générale	51
4.1.2. Les sources de données utilisées et leur calage par rapport aux CNS	52
4.1.3. La méthode d'identification des recours préventifs dans les sources de données	54
4.1.4. Les cas particuliers	54
4.2. Méthode d'identification et de valorisation des motifs préventifs dans la CSBM	55
4.2.1. Les soins hospitaliers de court séjour	55
4.2.2. Les soins ambulatoires	56
4.2.3. Les médicaments	62
4.2.4. Les autres biens médicaux	66
4.3. Les limites de notre mode d'estimation	66
4.3.1. Les limites liées au contexte de l'étude	66
4.3.2. Les carences des sources de données	67
4.3.3. Les difficultés d'application des critères de classement de la prévention	68
5. Résultats	71
5.1. Les dépenses de prévention de la CSBM	73
5.1.1. La prévention dans les dépenses hospitalières	74
5.1.2. La prévention dans les dépenses ambulatoires	76
5.1.3. La prévention dans les dépenses de médicaments et de biens médicaux	78
5.1.4. L'ensemble de la prévention dans la CSBM	80
5.2. L'ajout des dépenses déjà isolées dans les postes de prévention individuelle et collective des CNS	82
5.3. L'estimation des dépenses totales de prévention dans la dépense courante de santé	84

Conclusion	87
Bibliographie	93
Annexes	97
Annexe 1 - Liste des programmes de prévention et de santé publique recensés dans cette étude et permettant de classer les différentes actions de prévention	99
Annexe 2 - Détail de toutes les sources de données médicalisées et sources d'information complémentaires utilisées dans l'estimation des dépenses de prévention de la CSBM	103
Annexe 3 - Tableaux de prévention détaillés pour les sous postes des «soins ambulatoires» : soins de médecins, de dentistes, d'auxiliaires médicaux et analyses médicales	107

Introduction

Introduction

Le contexte de l'étude

Depuis 2000, l'IRDES a contribué activement à promouvoir une utilisation élargie des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) à travers plusieurs études financées par la DREES. Cela s'est concrétisé en premier lieu par la construction d'un prototype de Comptes de la santé par pathologies, dont une version améliorée produite par la DREES et l'IRDES a été publiée au cours de l'année 2006 (Fenina *et al.*).

C'est dans ce contexte d'études fondées sur les Comptes de la santé, et dans le cadre méthodologique défini par les Comptes par pathologies, que l'IRDES a été chargé de réaliser une estimation des dépenses engagées en France au titre de la prévention. Cette estimation avait pour principal objectif de compléter les montants de prévention déjà identifiés comme tels dans les Comptes de la santé en y ajoutant les dépenses de prévention réalisées via le système de soins, comptabilisées dans l'agrégat « Consommation de Services et Biens Médicaux » (CSBM) et non repérables en l'état dans le découpage des Comptes de la santé. Elle porte sur les dépenses de santé de l'année 2002.

Un premier travail mené dans ce sens en 2003 avait permis d'établir une estimation des montants de prévention de l'année 1998 (Le Fur *et al.*, Questions d'Économie de la Santé n°68, 2003). Toutefois, en dépit d'une réflexion assez poussée sur la complexité et la diversité des recours préventifs, certaines options méthodologiques prises dans ce travail se sont révélées trop abruptes ou trop limitatives pour permettre une estimation satisfaisante et détaillée des dépenses de prévention.

Aussi une nouvelle convention de travail entre la DREES et l'IRDES a-t-elle été mise en place en 2005 afin d'approfondir la réflexion théorique sur les contours de la prévention et d'affiner la méthode de repérage des différents recours préventifs, étapes nécessaires à l'aboutissement de ce travail.

L'importance de la question

D'un point de vue macroéconomique, il est souhaitable de mesurer correctement les ressources consommées et les réalisations produites par le secteur médical sur le marché de la santé (analyse *input-output*) ; estimer de façon fiable les dépenses générées par la prévention y contribue largement.

Cette question s'inscrit également dans une perspective de politique publique. Notre étude dresse uniquement un constat sur les montants consacrés à la prévention en France par l'ensemble des financeurs, mais cette simple estimation comptable peut contribuer à tempérer le discours habituel sur la faible part des dépenses de santé consacrées à la prévention en France, essentiellement fondé sur les montants des postes de prévention des Comptes de la santé. D'autre part, il va servir également à mesurer le poids des programmes nationaux de prévention mis en place par les pouvoirs publics et financés par des fonds spécifiques : si ce travail est reproduit à l'avenir, l'évolution de cet effort national consacré à la prévention pourra être suivie.

Soulignons, enfin, l'aspect novateur de ce travail : si de nombreux pays avaient construit des Comptes par pathologies avant la France, aucun, à notre connaissance, n'a mené d'étude similaire cherchant à estimer de façon exhaustive les dépenses de prévention à partir d'une comptabilité nationale. Le travail le plus complet sur le sujet qui ait pu être identifié dans notre recherche bibliographique a d'ailleurs été mené en France récemment par le CREGAS¹.

L'organisation du travail

Les grandes options de ce travail étaient largement déterminées en amont par le cadre méthodologique du système de Comptes par pathologie. Il s'agit d'une approche descendante à partir des montants des Comptes de la santé qui s'articule autour de nombreuses sources de données médico-économiques : celles-ci permettent de calculer des tableaux de répartition par pathologie des dépenses pour chaque poste de soins (hôpital, ambulatoire, etc.) ou fraction de poste de soins (selon le champ par la source), tableaux qui sont ensuite agrégés pour produire une répartition par pathologie totale.

La difficulté essentielle résidait donc ici dans la recherche d'une définition pertinente et opérationnelle du concept de prévention. Ce travail s'est déroulé en plusieurs étapes bien distinctes.

¹ Voir Pelletier-Fleury N., Hersent N., De Pourville G., 2002, Les Comptes de la prévention, CREGAS (INSERM U537), Rapport pour la CANAM. Bien que fort ressemblante à notre propre travail dans ses objectifs initiaux, l'étude du CREGAS adopte un point de vue et une méthode qui divergent largement de nos propres choix méthodologiques. D'autre part, si leur étude est très complète sur la place et le financement des acteurs institutionnels de la prévention et sur l'analyse des dépenses de médicaments, elle occulte la plupart des autres recours préventifs. À tous ces égards, notre étude n'est pas redondante et apporte au contraire des éléments novateurs.

Dans un premier temps, le travail a consisté en une réflexion théorique sur le concept même de prévention et sur les modalités de distinction des différents types de prévention. Des questions initiales très générales – qu'est-ce que la prévention ? qu'est-ce qui la distingue des autres modes de prise en charge ? – la réflexion s'est progressivement déplacée vers une approche plus pragmatique du problème, cherchant à faire émerger une typologie intelligible et opérante des différentes actions de prévention. Cette première étape, qui reprend les conclusions du groupe d'expertise réuni par l'IRDES au printemps 2004, est présentée dans le chapitre 1.

À l'issue de cette réflexion, nous disposons d'un champ de la prévention relativement bien circonscrit et surtout de critères opérationnels permettant de différencier les actions de prévention, selon le niveau de consensus autour de leur nature réellement « préventive ». Toutefois la conception théorique de la prévention qui a émergé de la réflexion n'est pas directement conciliable avec la logique comptable des CNS. Un travail d'harmonisation et de clarification préalable de ces deux conceptions est donc nécessaire. Il apparaît notamment évident que la prévention, dans sa conception la plus générale, déborde largement le cadre du système de santé, s'inscrivant notamment en amont de celui-ci (sécurité routière, sécurité sanitaire, hygiène du milieu, etc.) ; il est donc inévitable que nos travaux à partir des Comptes ne présentent qu'une vision tronquée de la prévention et des dépenses qui lui sont consacrées. Il importera donc de discuter la cohérence du champ théorique de la prévention avec celui des Comptes de la santé, en distinguant les actions de prévention qui entrent dans notre champ d'analyse de celles qui seront, de fait, ignorées dans notre étude. Le chapitre 2 est consacré à ce point.

La dernière grande étape consiste à réaliser le travail proprement dit d'estimation des dépenses de prévention à partir des CNS et particulièrement de la CSBM. Cette étape, qui constitue l'essentiel de l'intervention de l'IRDES, a été la plus complexe et la plus longue à effectuer. Mise en œuvre par une équipe pluridisciplinaire regroupant médecins, économistes et statisticiens, cette étape peut être décomposée en quatre grandes tâches :

- Il faut tout d'abord identifier tous les motifs préventifs qui devront être repérés dans les soins de la CSBM et décider de leur affectation dans la typologie de prévention retenue précédemment (*cf. chapitre 3*).
- Ensuite, en réutilisant les différentes sources de données utilisées dans les Comptes par pathologie, il convient de mettre au point une

méthode précise de sélection de chacun des motifs préventifs basée, si nécessaire, sur des informations auxiliaires (âge, comorbidités, prescriptions) permettant de mieux distinguer les recours réellement préventifs des cas plus limites. Précisons que ce travail est mené indépendamment pour chaque recours préventif de chaque poste de dépenses de soins.

- La troisième phase consiste à valoriser monétairement ces actions préventives.
- Enfin, certains recours préventifs d'importance ne sont pas isolables dans les données médico-économiques individuelles dont l'utilisation constitue le fondement méthodologique des Comptes par pathologie. Nous devons alors recourir, au cas par cas, à des procédures de valorisation basées sur des données complémentaires ad hoc et/ou sur des publications récentes.

Tous les détails relatifs au choix et à l'utilisation des sources de données, à la méthode employée pour l'identification² et à l'estimation des recours préventifs sont donnés dans le chapitre 4.

Enfin, les résultats des estimations des montants consacrés à la prévention en France en 2002 sont présentés dans le dernier chapitre (chapitre 5).

² Pour poser toutes ces options méthodologiques, l'équipe de l'IRDES a dû dresser systématiquement des listes des recours et des consommations préventives, des comorbidités excluant, etc. Celles-ci sont trop nombreuses et trop volumineuses pour être détaillées dans le présent rapport, mais elles sont disponibles en téléchargement sur le site de l'IRDES (<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/Rap1706/DepensesPreventionEnFranceMethode.xls>).

1. Définir et circonscrire la prévention

1. Définir et circonscrire la prévention

Avant de réaliser la première étude d'estimation des dépenses de prévention en 2003, nous avons mené une recherche bibliographique succincte afin de faire le tour des différentes définitions de la prévention utilisées dans la littérature médicale et économique. Elle a ensuite été approfondie et enrichie par l'équipe de l'IRDES à l'occasion de cette étude. Les fruits de cette recherche ayant servi de base de réflexion aux travaux du groupe d'expertise, ils doivent être rappelés brièvement (partie 1.1).

Par la suite seront exposées plus en détail les conclusions du groupe d'expertise qui ont inspiré la typologie de la prévention qui est utilisée dans la présente étude (partie 1.2). Ces conclusions sont de deux ordres : les experts réunis ont d'abord mis en avant l'impossibilité de dégager une délimitation nette et universellement acceptable du champ de la prévention, ce qui les a conduits, dans un second temps, à réfléchir aux critères de distinction permettant de hiérarchiser les différentes composantes de la prévention.

Enfin, l'analyse des contours de la prévention dans notre étude sera poursuivie dans la partie 2 en considérant de plus près l'articulation entre le concept de prévention et le champ des CNS.

1.1. Les définitions usuelles de la prévention

Cette partie est consacrée aux définitions les plus couramment et les plus récemment employées dans la littérature : les publications les plus significatives sont citées en référence dans la bibliographie.

1.1.1. Le concept général de « prévention »

Nous pouvons proposer une première définition générique de la prévention au sens large en nous référant à l'article L1417-1 du Code de la santé publique reproduit ci-dessous.

Article L1417-1 du Code de la Santé publique

*(inséré par la loi n° 303-2002 du 4 mars 2002.
Article 79.1, Journal Officiel du 5 mars 2002)*

La politique de 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 et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé.

La politique de prévention tend notamment :

1. à réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, tels l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services, y compris de santé ;

2. à améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;
3. à entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies ;
4. à promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive ;
5. à développer des actions d'information et d'éducation pour la santé ;
6. à développer également des actions d'éducation thérapeutique.

On constate que, dans cette acception, la prévention est un concept très globalisant qui regroupe un grand nombre d'activités : les comportements individuels d'alimentation saine ou de pratique sportive, la prévention du risque sanitaire dans les domaines de l'agriculture, de l'industrie, des transports..., le travail d'éducation pour la santé ou de prévention effectué par les institutions ou les professionnels de santé, etc.

Toutefois, certains auteurs introduisent des *distinctions* sémantiques dans cette grande entité générique. Ainsi, l'IGAS différencie la prévention (au sens médical) de la sécurité sanitaire selon des critères de nature du risque et de principes mis en œuvre (IGAS, 2003). C'est cette même logique qui fonde habituellement la distinction entre le principe de prévention et le principe de précaution.

Tableau n° 1
Distinction entre prévention et sécurité sanitaire au sens de l'IGAS

	Prévention	Sécurité sanitaire
Nature du risque :	Chronique	Exceptionnel
	Comportemental	Collectif
	Maladie	Accidentel*
Principe mis en œuvre	Prévention	Précaution

* Ce tableau, directement inspiré du rapport de l'IGAS, oppose ici les tendances relatives aux risques prévenus soit par la prévention (médicale) soit par la sécurité sanitaire. Évidemment, il existe des exceptions à ces tendances, comme la nature « accidentelle » des risques couverts par la sécurité sanitaire, qui est surtout entendue au sens des accidents industriels, écologiques, etc. et non au sens des accidents domestiques ou du travail (qui, eux, relèvent de la prévention standard).

Source : IGAS, 2003

Cette distinction retenue par l'IGAS évoque d'emblée les difficultés à faire concorder le concept de prévention et le champ restrictif de la sphère « santé ». En effet, la prévention ne se limite pas aux seules initiatives relevant du système de santé ; elle peut se matérialiser en amont par de nombreuses actions financées par des organismes ou des institutions n'ayant rien à voir avec le système de soins : prévention routière (équipement), prévention des accidents du travail (travail et industrie), sécurité sanitaire des aliments (agriculture), hygiène du milieu (écologie), etc.

Nous serons directement confrontés à ce problème quand nous devrons mettre en cohérence la définition et la typologie de la prévention retenue

avec le champ des Comptes de la santé : il faudra alors préciser clairement quels pans de la prévention pourront faire l'objet de notre estimation et quels autres ne seront pas concernés (*cf. chapitre 2 et notamment la section 2.1*).

1.1.2. Différencier les activités préventives et curatives

Une fois cette considération générale sur le concept de prévention posée, le plus dur reste de distinguer, dans la production du système de santé et dans l'activité médicale, ce qui relève du curatif et ce qui relève du préventif :

- La distinction est délicate à opérer en pratique puisque les objectifs d'une intervention peuvent être multiples et parce que, selon la population ciblée par l'intervention, l'objectif sera différent. On peut citer à titre d'exemples : le traitement de l'angor par stent à la fois pour traiter la maladie et pour prévenir l'infarctus, l'antibiothérapie prophylactique en préopératoire ou curative en cas d'infection déclarée, etc.
- Une autre ambiguïté apparaît quand on veut faire la différence entre le dépistage, qui relève classiquement de la prévention et la démarche diagnostique qui, au sens strict, s'apparente plutôt à une démarche de soin.
- Il existe un certain nombre de prises en charge et de motifs de recours au système de santé qu'il est théoriquement impossible de classer dans une conception bipolaire opposant le préventif au curatif : c'est typiquement le cas de la contraception.
- On pourrait enfin souligner les difficultés à distinguer certaines actions de prévention des « bonnes pratiques » de soins : ainsi, le suivi de la grossesse normale relève-t-il d'une démarche préventive ou d'un simple standard de pratique médicale ?

Le récent rapport de l'IGAS propose une considération sur le sujet qui semble assez définitive : « on distingue assez clairement, d'un point de vue théorique, ce qui fait la spécificité principale des activités préventives et celle des activités curatives : l'acte préventif répond à un problème potentiel, le risque, l'acte curatif à un problème actuel, le symptôme, et à une demande ».

Cependant, les auteurs la tempèrent aussitôt en soulignant qu'elle est inapplicable en pratique : « Mais dans la pratique, les deux approches sont imbriquées, ne serait-ce que parce qu'elles sont

dans nombre de cas mises en œuvre auprès de l'individu par le même professionnel, un médecin généralement. Il n'y a pas de frontière nette entre les domaines du diagnostic et du dépistage, entre l'acte médical préventif et l'acte médical curatif. »

D'une façon générale, la littérature analysée ne nous est malheureusement pas d'un grand secours sur cette question : on y trouve assez peu de considérations pratiques sur ce problème très général de distinction entre préventif et curatif, ce qui renforce l'idée qu'il est peut-être posé en de mauvais termes et donc insoluble en l'état.

1.1.3. Les classifications usuelles de la prévention médicale

Parmi des actions de prévention médicale très variées, il est nécessaire d'opérer des distinctions et donc d'introduire des classifications.

Il existe deux grandes classifications usuelles. La première est celle popularisée par l'OMS qui se base sur la nature de l'intervention préventive pour distinguer prévention primaire, prévention secondaire et prévention tertiaire ; c'est la plus connue et la plus couramment employée. Une seconde option consiste à classer les interventions préventives en fonction de la population ciblée ou en fonction de leur caractère individuel ou collectif.

Même si nous ne souhaitons pas, dans notre étude, nous calquer directement sur ces classifications usuelles de prévention qui nous semblent peu opérationnelles, nous devons les présenter brièvement car, d'une part, elles sont universellement reconnues et, d'autre part, tout mode de classement alternatif des actions préventives emprunte forcément à l'une ou l'autre de ces conceptions.

1.1.3.1. Les classifications basées sur le type d'intervention

Les interventions contribuant à préserver l'état de santé de la population disposent d'un certain nombre de caractéristiques qui aident à les distinguer. Toutefois, l'application pratique de ces distinctions est rendue difficile du fait du manque de définition explicite de chacun des niveaux. L'OMS retient les définitions suivantes :

- La **prévention primaire** a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes ; elle désigne l'action portant sur les facteurs de risque des maladies avant leur sur-

venue, c'est la prévention de la transmission ou de l'infection. Les exemples de la vaccination et de l'éducation pour la santé sont couramment cités pour illustrer ce type de prévention.

- La **prévention secondaire** vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où l'on peut intervenir utilement ; elle vise à dépister les maladies et à éviter l'apparition des symptômes cliniques ou biologiques. Le dépistage des cancers entre typiquement dans cette catégorie.
- La **prévention tertiaire** a pour objectif de diminuer les récurrences, les incapacités et de favoriser la réinsertion sociale ; elle a pour vocation de limiter les complications et séquelles d'une maladie. Elle est en général pratiquée pendant ou après les soins et s'attache à limiter la gravité des conséquences de la pathologie. Par exemple, la prévention des récurrences d'infarctus du myocarde relève de la prévention tertiaire.

Les définitions qui précèdent ont fait l'objet de nombreuses déclinaisons, notamment à travers les exemples donnés de leur application à des domaines particuliers.

Pelletier-Fleury *et al.* (2002) définissent ce que sont les différents stades de prévention dans le cas de l'hyperlipidémie. Ainsi, la prévention primaire correspond aux conseils diététiques et d'hygiène de vie donnés par le médecin au cours d'une consultation médicale. La prévention secondaire vise à dépister les sujets à risque par un bilan biologique et à les suivre médicalement (consultations et traitements par hypolipémiants). La prévention tertiaire consiste, en cas d'infarctus, en une prise en charge immédiate et à plus long terme pour éviter les complications et les récurrences (consultations, traitements, examens complémentaires et hospitalisation).

From et Benbassat (2000) illustrent les stades de prévention dans le cas du Sida. La prévention primaire consiste à mettre en œuvre des actions pour réduire le risque de contracter le VIH. La prévention secondaire vise les porteurs asymptomatiques. La prévention tertiaire correspond au traitement du Sida.

Cependant, si cette distinction entre prévention primaire, secondaire et tertiaire est la plus utilisée, elle n'en est pas moins fréquemment critiquée (From et Benbassat, 2000).

La frontière entre la « prévention tertiaire » et le curatif notamment est très floue si on définit la prévention comme l'ensemble des interventions

médicales ayant pour but d'éviter un traitement. Certains auteurs (Gordon, 1983) proposent même de supprimer la classe « prévention tertiaire » en limitant la prévention aux mesures, actions ou interventions qui sont pratiquées par, ou sur, des personnes qui, à un moment donné, ne souffrent d'aucune gêne ou incapacité liée à la maladie ou aux conditions pour lesquelles les actions préventives sont réalisées.

Les ambiguïtés dans ces définitions génèrent une grande variabilité dans la manière concrète dont la prévention est définie dans les différentes études qui ont été réalisées sur ce thème au niveau national ou international (Cash *et al.*, 2001 ; Pelletier-Fleury *et al.*, 2002 ; Froom et Benbassat, 2000). Dans les faits, la classification d'une action de prévention peut varier selon différents critères, la population concernée par cette action, son but mais également la pathologie associée. Ainsi d'après Froom et Benbassat (2000), la lutte contre le tabagisme est de la prévention primaire quand elle s'adresse à des adolescents ou des jeunes adultes, de la prévention secondaire chez les personnes asymptomatiques mais présentant des altérations précancéreuses des cellules des crachats, et de la prévention tertiaire chez les patients atteints d'angine de poitrine.

1.1.3.2. Les classifications basées sur le type de population cible

La première distinction abordée est celle entre prévention individuelle et prévention collective. Selon l'OMS, la prévention individuelle vise à modifier les comportements par des obligations (vaccinations obligatoires, interdictions de fumer...) ou des incitations (dépistage, vaccination recommandée, éducation pour la santé...) tandis que la prévention collective tend à réduire les facteurs de risque liés à l'environnement (mesures de sécurité sanitaire concernant l'eau, l'air, les rayonnements ionisants...).

Cette distinction est particulièrement répandue dans les systèmes de comptabilité car elle peut souvent être déduite du mode de financement et/ou de l'identité du financeur (c'est ainsi dans les Comptes nationaux de la santé).

En 1987, Gordon a proposé une nouvelle classification de la prévention distinguant :

- La **prévention universelle**, qui concerne les interventions destinées à la population générale ou tout du moins à des groupes qui n'ont pas été sélectionnés sur la base d'un risque défini. Les campagnes de vaccination généra-

lisée, la prévention en milieu scolaire en sont des exemples.

- La **prévention sélective**, qui concerne les interventions destinées à un sous-groupe d'individus ayant un risque significativement plus élevé que la moyenne de développer un trouble.
- La **prévention indiquée** qui concerne les interventions destinées à des individus qui ont des signes d'appel tout en restant en deçà des critères diagnostiques.

Le recouvrement de ces niveaux de prévention avec les niveaux classiques du classement OMS (primaire, secondaire, tertiaire) a été discuté. Simeonsson, par exemple, considère que les trois niveaux de prévention introduits par Gordon (généralisée, sélective, indiquée) ne sont que des subdivisions de la prévention primaire (Simeonsson, 1994).

Cette première étape ne nous donne aucun critère de choix définitif dans notre réflexion sur les contours de la prévention et sur la meilleure manière de la classifier. D'autant plus que les critères présentés dans cette littérature sont très théoriques et ne se prêtent pas directement à l'orientation de notre travail ; les classifications de la prévention existantes, en particulier, ne sont pas opérantes pour identifier et valoriser monétairement des motifs de prévention.

Cette analyse préliminaire de la littérature nous suggère plutôt d'adopter notre propre système de conventions, à condition de l'explicitier et de le justifier. En cela, elle a servi de base de réflexion idéale pour le groupe d'experts qui s'en est inspiré à des degrés divers pour bâtir la conception *ad hoc* de la prévention qui est utilisée dans notre étude, introduite dans la section suivante (*cf.* § 1.2.1).

1.2. Trois critères retenus pour différencier les actions de prévention

Cette section synthétise essentiellement les travaux du groupe d'expertise³ sur la prévention réunis à l'IRDES au printemps 2004.

La recherche bibliographique effectuée ne nous donne aucun critère de choix définitif dans notre réflexion sur les contours de la prévention et sur la meilleure manière de la classifier. D'autant plus que les critères présentés dans cette littérature

³ La composition de ce groupe est donnée en page 5.

sont très théoriques et ne se prêtent pas directement à l'orientation de notre travail : les classifications de la prévention existantes, en particulier, ne sont pas directement opérantes pour identifier et valoriser monétairement des motifs de prévention. Si nous nous en inspirons, nous devons toutefois les adapter à nos objectifs.

Le constat tiré de l'analyse de la littérature et renforcé par l'opinion unanime des experts réunis sur le sujet est le suivant : la prévention est un concept globalisant, aux contours assez mouvants, fortement sujet aux nuances sémantiques et souvent le produit de préférences ou d'expériences individuelles. Ainsi, un médecin de santé publique, un clinicien ou un économiste n'auront pas la même vision du champ de la prévention. En conséquence, il faut respecter une grande prudence dans la délimitation du champ préventif de notre étude : quels que soient les choix effectués, il semble qu'une définition unique de la prévention assortie d'un contour précisément délimité soit inévitablement imparfaite et critiquable⁴.

Devant cette difficulté, le travail du groupe s'est donc orienté vers la construction d'une définition polymorphe de la prévention qui présenterait des catégories de prévention différenciées. L'idée sous-jacente est de construire des catégories de prévention hiérarchisées selon le niveau de consensus qu'elles proposent, ceci afin de concilier dans une même présentation les conceptions, parfois antagonistes, des uns et des autres.

Le groupe d'experts a retenu **trois critères distincts permettant de fixer les frontières théoriques de la prévention et de définir des catégories de prévention significatives** :

1. la nature de l'action préventive ;
2. l'appartenance de cette action préventive à un programme de prévention ou de santé publique dûment défini ;
3. la nature individualisable ou non individualisable des dépenses qui lui sont associées.

Si le premier critère de catégorisation retenu est descriptif (« quelle est la nature de l'action préventive ? »), les deux autres critères sont plutôt fonctionnels (« comment est organisée et financée cette action préventive ? »). De plus, nous verrons que ces deux critères – appartenance à un pro-

gramme de prévention et nature individualisable ou non des dépenses – sont largement interdépendants.

Nous présentons ici successivement ces trois critères de distinction et les différentes catégories qu'ils permettent de définir. L'articulation de ces critères entre eux, leur application pratique dans le cadre de notre étude et la présentation détaillée du contenu réel des catégories de prévention construites – avec tous les problèmes pratiques et les dilemmes qui peuvent se poser lors du classement des motifs de prévention dans les catégories – seront abordés ultérieurement, dans le chapitre 3.

1.2.1. La nature de l'action préventive

Le premier critère de découpage est également le plus fondamental.

Son intitulé « nature de l'action préventive » est réducteur car ce critère combine deux dimensions distinctes qui devront être prises en considération dans les catégories construites :

- la nature réelle de l'action de la prévention donc, au sens des objectifs et des moyens de cette action ;
- le type de population ciblée par l'action de prévention⁵.

L'application de ce critère pour constituer des catégories par nature d'action préventive pose inévitablement un problème de définition rigoureuse du contenu. Les catégories de prévention présentées doivent respecter un certain cahier des charges :

- évidemment, elles doivent être disjointes, de manière à ce qu'un recours de prévention donné ne puisse se classer que dans une seule catégorie ;
- elles doivent être aussi homogènes que possible, c'est-à-dire que chaque catégorie doit avoir le plus de sens possible en termes médical et sanitaire ;
- la raison d'être de ce découpage étant d'éviter de donner une définition unique et subjective

⁴ Cette nécessaire prudence est d'ailleurs confirmée par les réactions qu'a suscité la première étude de l'IRDES sur le sujet chez certains acteurs de la prévention : le caractère préventif de certaines actions retenues (traitements hormonaux de substitution pour prévenir l'ostéoporose, le traitement médicamenteux des patients hypertendus et diabétiques, etc.) ne faisait pas l'unanimité.

⁵ Si l'on souhaitait resituer cette réflexion dans le cadre plus large des classifications usuelles de la prévention, nous pourrions dire que la première dimension reprend l'esprit de la hiérarchisation de l'OMS en prévention « primaire, secondaire, tertiaire », tandis que la seconde dimension s'inspire de l'idée de population-cible déclinée en prévention « universelle, indiquée, sélective » par Gordon (toutefois, seule l'idée est reprise ici et non la structure elle-même).

de la prévention qui s'exposerait à la critique, les catégories présentées doivent se distinguer selon le degré de certitude et de consensus qu'il y a à considérer qu'il s'agit bel et bien de prévention, et ainsi proposer une grille de lecture différenciée ;

- enfin, les catégories proposées devront être techniquement opérationnelles dans la perspective de l'étude menée par l'IRDES, même si ce point n'entrera en ligne de compte que dans un second temps.

Forts de ces contraintes à respecter, la réflexion du groupe d'experts a débouché sur une partition de la prévention en trois grandes catégories distinctes, conçues comme autant d'approches différentes de la prévention :

A. Éviter la survenue d'une maladie ou d'un état de santé indésirable

B. Dépister les maladies

C. Prendre en charge les facteurs de risque et les formes précoces des maladies

Ces trois grandes familles doivent être définies en détail, voire subdivisées en catégories plus informatives pour mieux répondre à nos objectifs.

A. Éviter l'apparition d'une maladie ou d'un état indésirable. Cette grande catégorie regroupe l'ensemble des actions, individuelles ou collectives, cherchant à éviter l'apparition des maladies chez les personnes en bonne santé. Exprimé comme cela, on comprend que cette catégorie correspond exactement au concept de prévention primaire. Toutefois, une subdivision en trois sous-catégories peut être proposée :

A.1. Les mesures à visée environnementale.

Cette catégorie comprend l'ensemble des mesures collectives qui cherchent à garantir l'innocuité et la qualité sanitaire de l'environnement : mesures d'hygiène, conditions de logement, sécurité routière, mesures de sécurité sanitaire, lutte contre les expositions nocives (produits toxiques, rayonnements, qualité des eaux de baignade), etc.

A.2. Les mesures de prévention axées sur le comportement individuel.

Cela comprend les mesures collectives et individuelles portant sur l'hygiène de vie, l'hygiène alimentaire, bucco-dentaire, etc. chez les personnes biens portantes. À titre

d'exemple, cette catégorie inclut donc toutes les campagnes de sensibilisation et de promotion de l'hygiène de vie : nutrition et exercice physique dans le cadre du Plan National Nutrition Santé (PNNS), campagnes anti-tabac, anti-alcool, etc.

A.3. Les actions de prévention réalisées dans le cadre du système de soins.

Cette catégorie comprend toutes les actions de prévention individuelle réalisées par les biens portants afin d'éviter une maladie ou un état indésirable et ayant induit un contact avec le système de soins (médecin, pharmacie, laboratoires d'analyses, dispensaires, centres de santé, etc.), à l'exclusion de toutes les pratiques de dépistage qui font l'objet d'une catégorie séparée. Par exemple, les coûts des vaccins et des consultations de vaccinations seront comptabilisés ici.

B. Dépister les maladies. Cette grande catégorie est relativement homogène et ne nécessite pas de subdivision particulière. Cet objectif d'action préventive cristallise l'ensemble des actions servant à dépister la présence d'un trouble ou d'une maladie. Les actions de prévention classées dans cette catégorie sont donc essentiellement individuelles et sont toutes réalisées dans le cadre du système de soins, qu'il s'agisse d'examens biologiques, d'actes médicaux de dépistage ou de visites chez un médecin (suivi, contrôle de routine de l'état de santé, etc.)

Les catégories A et B ne comprennent que des actions préventives visant des personnes bien portantes ou en tout cas supposées telles : il s'agit d'éviter la maladie ou l'état indésirable, ou bien de dépister la maladie dont on ignore encore la présence. À ce titre, ces deux catégories s'opposent à la dernière catégorie selon la dimension de « population-cible » puisque la catégorie C concerne, elle, des personnes présentant des facteurs de risque ou des signes avant-coureurs de maladie.

C. Prendre en charge les facteurs de risque et les formes précoces des maladies. Cette dernière catégorie comprend théoriquement toutes les actions visant à réduire la portée des facteurs de risque chez les individus et à prendre en charge très précocement certains troubles afin d'éviter qu'ils s'aggravent ou, éventuellement, qu'ils débouchent sur d'autres maladies plus sévères.

On comprend immédiatement que l'existence même d'une telle catégorie et, *a fortiori*, la dé-

finition précise de son contenu prêter à débat en laissant une large place à l'interprétation sur la frontière entre la prévention et le soin. La diversité des interprétations possibles provient notamment de la diversité des conceptions sur ce qui distingue un facteur de risque d'une maladie. Prenons l'exemple du diabète de type 2 non compliqué : il est clairement un facteur de risque de maladies cardio-vasculaires et d'affections ophtalmologiques, mais il est également une maladie, notamment dans ses formes les plus graves lorsque hyperglycémies ou hypoglycémies génèrent des malaises, voire des comas. Dans ces conditions, comment le considérer ? La même question se pose sur le contrôle de la tension artérielle (HTA) et sur la régulation des lipides (hyperlipidémies). Par ailleurs, les mêmes questions de classement peuvent se poser pour les comportements d'exposition au risque (tabac, alcool, obésité) qui peuvent être accompagnés de conduites addictives : un sevrage tabagique cherche-t-il à éviter des formes graves de maladies dans le futur (prévention) ou à réduire l'addiction (soin) ?

Puisqu'il est impossible de répondre de manière incontestable à ces questions, nous choisissons de présenter cette catégorie C, qui est assortie d'une moindre certitude quant à la nature réellement préventive de son contenu : libre ensuite à chacun, à la lecture des résultats, de considérer qu'elle relève ou non de sa propre conception de la prévention.

Traçons le contour de cette catégorie :

C.1. La prise en charge des facteurs de risque.

Cette sous-catégorie comprendrait l'ensemble des actions de prise en charge individuelle des facteurs de risque non compliqués ou des comportements à risque addictifs. Cela recouvre notamment le traitement médicamenteux et le suivi médical de l'HTA, du diabète de type 2 et des hyperlipidémies sous leur forme non compliquée (c'est-à-dire sans comorbidités cardiovasculaires avérées). Cela couvrirait également le sevrage tabagique (suivi et médicaments), la prise en charge de l'obésité (suivi et médicaments), la prise en charge de la dépendance alcoolique, à l'exclusion, bien sûr, des formes graves d'alcoolisme nécessitant des hospitalisations ou des cures de désintoxication.

C.2. La prise en charge des formes précoces de maladies.

La nature préventive de cette sous-caté-

gorie semble, *a priori*, plus discutable que celle de la sous-catégorie précédente. La colonne C2 regrouperait toutes les prises en charges précoces cherchant à éviter une aggravation de la maladie ou l'apparition d'un autre trouble connexe plus sévère. Cela concerne au premier chef les enfants : correction de la dyslexie ou du strabisme, rééducation de déficiences sensorielles et de troubles de la statique (hors chirurgie). En effet, la rééducation orthopédique précoce peut éviter des troubles plus graves, de même que l'orthodontie ou le port de lunettes pour corriger le strabisme. Par ailleurs, se classeraient également dans cette catégorie la surveillance des carcinomes *in situ* (notamment de la peau) et le traitement des primo-infections tuberculeuses.

L'utilité de présenter deux sous-catégories différenciées, comme nous l'avons fait ici, offre l'avantage de séparer la prise en charge des facteurs de risque et des conduites addictives d'une part, qui sont des concepts bien connus et relativement consensuels, de la prise en charge des formes précoces de maladies d'autre part, dont le contenu semble plus flou et plus difficile à délimiter par rapport à l'activité curative.

On pourrait évidemment rapprocher ce découpage de la classification usuelle de la prévention OMS, en assimilant la catégorie A à la prévention primaire et la catégorie B à la prévention secondaire. C'est en partie exact, mais il s'en éloigne également à plusieurs titres. D'une part, la catégorie C ne regroupe qu'une fraction minoritaire de ce qu'on appelle habituellement la prévention tertiaire. D'autre part, la prévention primaire se retrouve classée ici à la fois dans les catégories A et C, car la prise en charge individuelle des facteurs de risques et des addictions (qui relève de la prévention primaire) est comptabilisée dans la catégorie C. Enfin, il nous a semblé impératif de subdiviser nos catégories de manière plus détaillée ce que ne permet pas la classification primaire/secondaire/tertiaire considérée telle quelle.

1.2.2. L'appartenance de l'action préventive à un programme de prévention ou de santé publique

Ce critère doit permettre de classer les actions de prévention selon une logique d'appartenance à un programme de prévention ou de santé publique. Un tel découpage semble particulièrement intéressant à plusieurs égards.

Tout d'abord, il est instructif dans une logique de suivi des efforts nationaux consacrés à la pré-

vention. En effet, la définition des programmes de prévention et de santé publique relevant du champ des politiques publiques, le suivi chronologique des montants qui leur sont dévolus pourrait, idéalement, permettre de mesurer les évolutions des efforts consacrés à la prévention.

Ensuite, ce découpage est primordial dans la grille de lecture différentielle que nous souhaitons fournir, en particulier pour les observateurs qui ne percevraient la prévention qu'à l'aune des programmes de santé publique existants : dans cette conception des choses, il ne saurait, en effet, y avoir de prévention hors des programmes de santé publique définis et mis en œuvre.

Si ce découpage est conceptuellement simple, il s'avérera délicat à mettre en œuvre :

- D'une part, les programmes de prévention sont définis de manière très détaillée sur le plan médical et, à ce titre, dotés de critères de définition très précis sur l'âge et le niveau de risque des patients, voire sur leurs antécédents personnels et familiaux. Or l'utilisation de sources d'informations, forcément incomplètes, rendra l'application de ces *distinguos* difficile voire impossible selon les cas.
- D'autre part, les programmes de santé publique et de prévention sont souvent inscrits dans un cadre d'application spécifique censé favoriser la démarche de l'individu et faciliter le contrôle, notamment par l'intermédiaire de l'Assurance maladie : bilan bucco-dentaire, mammographies de dépistage, etc. Dans ces cas de figure, faudra-t-il considérer différemment une action préventive réalisée dans le cadre d'un programme et conformément aux modalités prévues par celui-ci et une action préventive similaire réalisée en recours « classique » dans le système de soins ?
- Enfin, il faudra s'interroger sur la cohérence d'utilisation de ce critère, notamment dans la perspective de sa combinaison avec le critère « nature de l'action préventive ». Dans la mesure où nous choisissons de conserver dans le champ de l'étude des recours aux soins dont la nature préventive peut être contestée (colonne C) mais sur lesquels il existe par ailleurs des programmes de prise en charge ou des recommandations de bonnes pratiques largement diffusés (prise en charge du diabète, de l'HTA, etc.), on peut se demander comment concilier au mieux ces deux aspects.

Dans la partie consacrée à la grille de découpage de la prévention finalement adoptée, nous aborderons ces différents problèmes. Premièrement,

nous listerons les programmes de prévention et de santé publique que nous avons identifiés et retenus dans notre travail ; deuxièmement, nous verrons comment nous avons pu les utiliser pour classer au mieux les différentes actions de prévention et ainsi résoudre, ou au moins contourner, ces difficultés (*cf. paragraphe 3.1.3*).

1.2.3. La nature individualisable ou non individualisable des dépenses de prévention

Le troisième et dernier critère retenu différencie les dépenses de prévention individualisables – c'est-à-dire rattachables à des individus – et les dépenses non individualisables, qui ne sont pas divisibles entre individus.

Ce critère rejoint en partie la distinction entre prévention individuelle et prévention collective qui est utilisée par l'OMS, sans être tout à fait équivalent. En effet, la séparation entre prévention individuelle et collective proposée par l'OMS se fonde sur une logique de santé publique : est individuel tout ce qui est fait en direction des individus, pour améliorer leur connaissance des problèmes de santé et amender leurs comportements ; est considérée comme prévention collective toute la sécurité sanitaire, environnementale, alimentaire, routière, etc. qui cherche à préserver la santé des individus en agissant en amont sur l'innocuité et la préservation de l'espace public.

Au contraire, le critère de distinction introduit ici s'appuie sur une conception économique en considérant, non pas la finalité de l'action de prévention, mais la nature des dépenses engagées. Ces deux conceptions ne concordent donc pas exactement : par exemple, les efforts consacrés à l'information, l'éducation à la santé ou aux campagnes de promotion des vaccins, des dépistages, etc. génèrent clairement des dépenses non individualisables (puisqu'elles ne peuvent pas être rattachées à des individus en particulier) mais relèvent de la prévention individuelle au sens de l'OMS⁶.

Pour éviter les confusions entre ces deux conceptions, nous nous efforcerons de toujours employer

⁶ Il faut toutefois comprendre que le critère proposé par l'OMS n'est pas le seul recevable pour distinguer prévention collective et individuelle : il arrive souvent que, par assimilation à la nature des dépenses engagées, on désigne sous le nom de prévention collective les actions de prévention dont les dépenses sont collectives. On peut donc considérer qu'il existe une conception économique de la prévention collective et individuelle, concurrente de la conception de santé publique. D'ailleurs, les Comptes de la santé adoptent ce point de vue comptable en nommant « prévention collective » toutes les actions dont les montants investis ne sont pas rattachables à un individu.

les termes de dépenses « individualisables » et « non individualisables » et de bannir dans notre étude l'utilisation des termes de prévention collective et individuelle.

Enfin, notons que ce critère de hiérarchisation est en partie déterminé par le critère précédent, dans la mesure où il est légitime de considérer que toutes les dépenses de prévention non individualisables relèvent, par définition, d'une volonté nationale ou au moins de politiques publiques volontaristes (que ce soit au niveau national ou local) et donc s'apparentent à des dépenses de « programmes de prévention ou de santé publique ».

1.3. Tableau de classement des actions de prévention

Nos recherches bibliographiques nous ont donc orienté vers une présentation différenciée des actions de prévention. Puis, trois critères de distinction adéquats ont pu être posés par le groupe d'experts, afin de classer les actions de prévention retenues dans notre étude : la nature de l'action préventive (et le type de population cible), l'appartenance à un programme de prévention ou de santé publique, la nature individualisable ou non individualisable de la dépense associée.

Nous présentons maintenant un tableau de classement des actions de prévention qui est fondé sur l'articulation de ces trois critères.

Ce tableau tiendra lieu de grille de lecture des résultats dans la présentation de l'étude. Nous le désignerons en règle générale sous le nom de « tableau de prévention » ou bien sous celui, plus

explicite, de « grille de classement (ou de hiérarchisation) de la prévention ».

Nous avons opté pour une présentation où la nature de l'action préventive figure en colonne et détermine ainsi une hiérarchie naturelle entre les colonnes, avec notamment une séparation marquée entre les colonnes A1 à A3 et B, et les colonnes C1 et C2 dont la nature préventive est beaucoup plus sujette à caution.

En ligne, sont combinés les deux autres critères d'« appartenance à un programme » et de « nature individualisable de la dépense ».

Dans le champ des CNS, le croisement entre ces deux critères ne donne que trois cas de figure possibles : vu que notre critère de jugement sur l'appartenance ou non d'un motif de prévention à un programme se fonde en grande partie sur l'existence de dépenses institutionnelles et collectives pour ce motif de prévention, il ne saurait y avoir de dépenses de prévention collective (non individualisables) qui puissent être « hors programme ». Donc on ne trouve pour cette modalité que des dépenses individualisables.

Le tableau de prévention présente également une démarcation entre les trois premières lignes et la dernière qui correspond aux dépenses de prévention qui sont en dehors du champ des Comptes de la santé (soit dans les postes de prévention soit dans le champ de la CSBM). Il nous a semblé opportun de faire figurer cette ligne dans cette première description de la grille de découpage afin de rappeler l'existence de dépenses de prévention hors du champ des CNS, qui seront notamment évoquées plus en détail dans le chapitre suivant (cf. sections 2.3.1 et 2.3.2).

Tableau n° 2
Tableau de prévention : structure générale

Nature de l'action préventive			A. Eviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable			B. Dépister les maladies	C. Prendre en charge les FR et les formes précoces des maladies	
			A.1	A.2	A.3	B	C.1	C.2
Programme de prévention et de santé publique ? X Montants individualisables ou non ?			Mesures à visée environnementale	Mesures de prévention axées sur le comportement individuel	Actions de prévention dans le cadre du système de soins	Dépistages (examens, actes techniques, suivi chez les médecins)	PEC des facteurs de risque et des comportements à risque	PEC des formes précoces des maladies
Champ des CNS	Programme de prévention et de SP	Dépenses individualisables						
		Dépenses non individualisables						
	Hors programme de prévention et SP	Dépenses individualisables						
Hors champ des CNS	Programme de SP ou non	Dépenses individualisables ou non						

2. L'articulation entre le concept de prévention et le champ des Comptes de la santé

2. L'articulation entre le concept de prévention et le champ des Comptes de la santé

La partie précédente était consacrée à une réflexion générale sur le concept de prévention qui nous a permis, simultanément, d'en tracer les contours, d'en différencier les modalités grâce à des critères de hiérarchisation adéquats et d'en proposer une grille de lecture différenciée.

Nous abordons maintenant le problème plus concret de la concordance entre le concept de prévention et le champ des Comptes de la santé.

Comme nous l'avons déjà évoqué, le recouvrement entre ces deux objets de nature très différente n'est pas forcément évident :

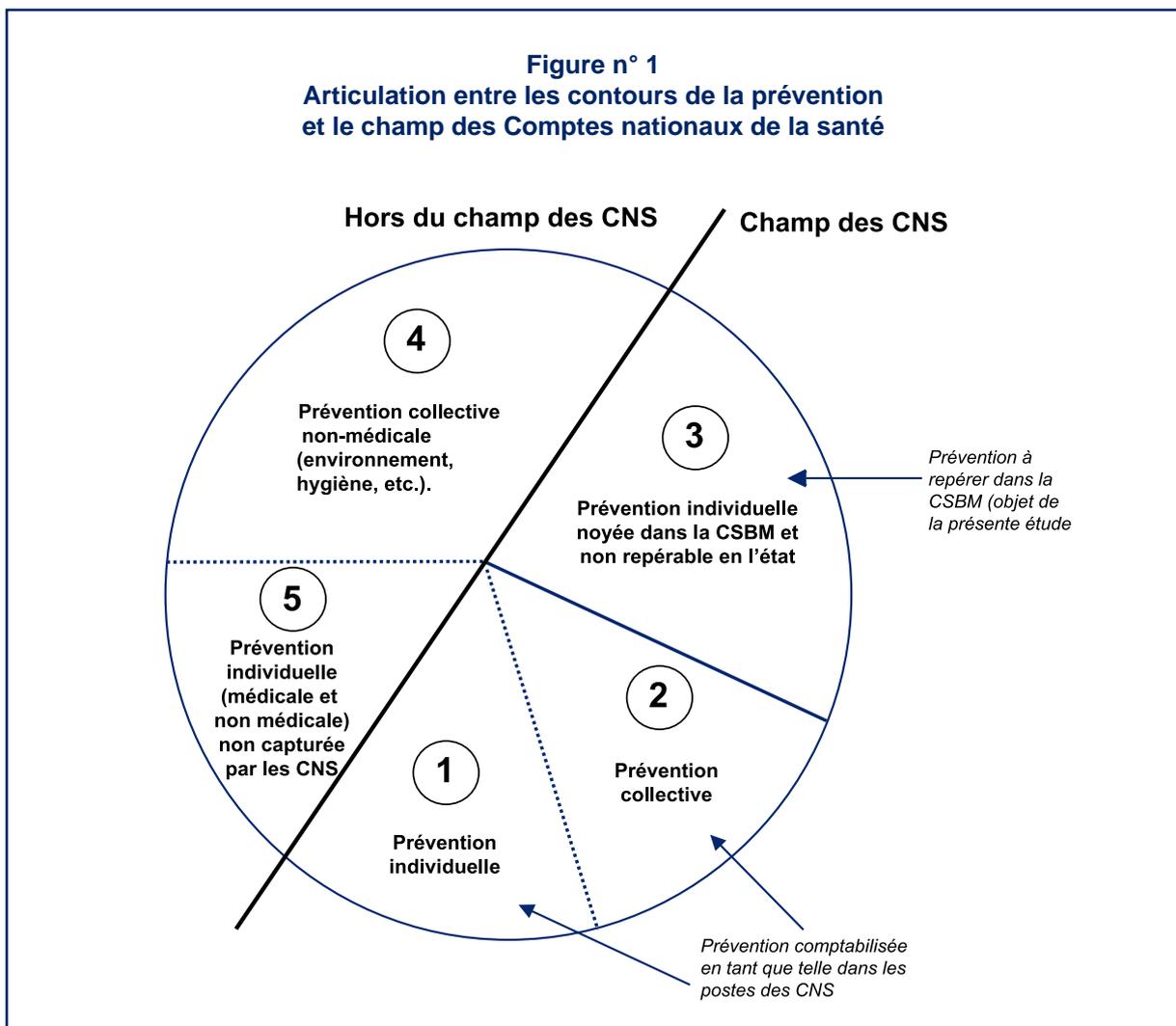
- la prévention (non réduite à sa composante médicale) dépasse le cadre restrictif du système de santé et donc le champ des Comptes ;
- de plus, certaines dépenses consacrées à la prévention par des financeurs privés (ménages, complémentaires santé, etc.) échappent fatalement aux Comptes de la santé ;

- *a contrario*, l'approche comptable de ceux-ci englobe des montants de soins et de consommations de biens médicaux qui ne permettent pas directement d'isoler certaines dépenses consacrées à la prévention.

Nous allons donc détailler le recouvrement entre ces deux champs en cherchant, dans la mesure du possible, à expliquer pourquoi certains pans de la prévention sont valorisés dans les Comptes de la santé et pourquoi certains autres ne le sont pas. Cette question est fortement liée à des notions de financement dans la « sphère santé » et le système de soins (*via* les administrations rattachées à la santé) ou en dehors de ceux-ci.

2.1. Schéma d'ensemble

La Figure n° 1 représente graphiquement l'articulation entre le concept de prévention dans son acception la plus large et le champ des CNS en son état actuel (c'est-à-dire depuis la révision apportée en 2005).



Dans cette figure, le cercle représente les contours de l'entité « prévention ». La droite diagonale symbolise la partition entre le champ des CNS et ce qui est en dehors de ce champ.

À gauche de cette diagonale, le trait pointillé distingue la prévention collective non médicale (qui est naturellement, en grande partie, en dehors du champ des CNS, zone ④) et une part de la prévention individuelle, médicale et non médicale, qui échappe aux CNS (zone ⑤).

À droite de cette diagonale, le trait plein représente la démarcation entre la prévention couverte par le champ des CNS et qui y est effectivement identifiée (zone ① et ②) et la prévention couverte par le champ des CNS mais non isolable en l'état (c'est-à-dire les dépenses de prévention noyées dans la CSBM et qui doivent être repérées par le travail de l'IRDES, zone ③). Le trait pointillé sépare les deux postes de prévention spécifiquement identifiés dans la nomenclature des Comptes de la santé, le poste de « prévention individuelle » (zone ①) et le poste de « prévention collective » (zone ②).

Nous décrivons successivement ces cinq pans de la prévention, en débutant par une présentation détaillée des postes de prévention dans les Comptes de la santé et de leur contenu.

2.2. Les dépenses de prévention individuelle et collective dans les Comptes de la santé

Nous expliquons ici en détail la façon dont est comptabilisée et présentée la prévention dans les Comptes de la santé dans sa nomenclature « renouvelée » : en effet, le mode de classement et de présentation des dépenses de prévention dans les Comptes de la santé a été amélioré en partie grâce aux enseignements des réunions du groupe d'experts et au travail de réflexion mené en commun par la DREES et l'IRDES. Ce nouveau découpage de la prévention a été utilisé pour la première fois en 2005 puis il a été rétro-polé pour l'année 2002, qui est l'année de référence de notre étude.

Au préalable, nous dressons un bref récapitulatif des principes de base des Comptes de la santé en présentant les principaux agrégats comptables qui les composent (valeurs de 2002).

2.2.1. La nomenclature des postes de prévention dans les Comptes de la santé

2.2.1.1. Bref rappel des agrégats des Comptes de la santé

Les CNS constituant un des comptes satellites de la Comptabilité Nationale, ils s'attachent à retracer la production et le financement de la fonction santé, celle-ci étant limitée au traitement et/ou à la prévention d'une perturbation de l'état de santé. Les activités du secteur médico-social (enfance inadaptée, adultes handicapés...) ne font donc pas partie de la fonction santé.

Les Comptes de la santé privilégient deux grands agrégats :

- la Consommation Médicale Totale (CMT) ;
- la Dépense Courante de Santé (DCS).

La CMT représente la valeur totale des biens et services médicaux consommés sur le territoire national (y compris les DOM) par les résidents et les non-résidents pour la satisfaction des besoins individuels. Elle comptabilise donc uniquement des dépenses de soins (ou de prévention) individualisables ; elle se montait à 132,1 milliards d'euros en 2002.

La CMT se décompose elle-même en deux postes d'importances très différentes :

- la Consommation de Services et Biens Médicaux (CSBM), qui regroupe la quasi-totalité des dépenses de la CMT (97,9%) ;
- la prévention individuelle.

La DCS est l'agrégat le plus global des Comptes de la santé, puisqu'il mesure l'effort financier consacré au cours d'une année par l'ensemble des agents. C'est la somme des dépenses engagées par les financeurs privés et publics pour la fonction santé. À ce titre, la DCS englobe la CMT à laquelle elle ajoute :

- les subventions au système de santé (prise en charge des cotisations d'Assurance maladie des professionnels de santé conventionnés) ;
- les indemnités journalières versées par l'Assurance maladie ;

- la recherche médicale et pharmaceutique ;
- la formation des professionnels de santé ;
- les dépenses de gestion de la santé en général ;
- des dépenses de prévention collective.

Au total, la Dépense Courante de Santé était de 165,2 milliards d'euros en 2002.

2.2.1.2. Les postes de prévention dans les Comptes de la santé (depuis 2005)

L'ancien mode de comptabilisation de la prévention dans les CNS, utilisé jusqu'en 2004, apparaissait peu satisfaisant. Les libellés des postes de prévention présentés étaient peu explicites ; quant au contenu réel, il n'avait pas été revu depuis la mise en place de la base 80 des Comptes (établie avant 1990). Le besoin de moderniser ces conceptions de la prévention était donc réel. Ce sont en grande partie les enseignements du groupe d'experts et la réflexion menée en commun par la DREES et l'IRDES qui ont inspiré cette refonte de la nomenclature des postes de prévention, qui s'est traduit à la fois par une modification du découpage et une actualisation du contenu des postes de prévention dans les CNS.

Cette nomenclature de la prévention remaniée a été présentée pour la première fois en 2005 (Féni- na et Geffroy, 2005) puis les modifications ont été rétropolées sur les Comptes des années antérieures. C'est essentiel, car cela nous permet d'utiliser ce nouveau découpage sur une année antérieure à son entrée en vigueur, en l'occurrence en présentant les dépenses de prévention de l'année 2002 sur laquelle porte notre étude :

- **La prévention individuelle** (2,5 milliards d'euros) est comptabilisée dans la CMT et se décompose en :
 - prévention primaire (2,1 milliards €),
 - prévention secondaire (0,4 milliards €).
- **La prévention collective** (2,2 milliards d'euros) est comptabilisée dans la DCS (donc en sus de la CMT) et se décompose en :
 - prévention environnementale et sécurité sanitaire (1,8 milliards €),
 - prévention ciblée sur les comportements individuels (0,4 milliards €).

Avec cette refonte du champ de la prévention, le montant total dépensé au titre de la prévention s'élèverait à 4,7 milliards d'euros pour 2002, soit 2,9% de la DCS⁷.

Les Comptes de la santé comptabilisent principalement des mesures de prévention financées par l'État, les collectivités locales et territoriales, les organismes institutionnels (INPES, MILDT, etc.) et les fonds de prévention spécifiques comme le Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information en Santé (FNPEIS). Les quelques organismes de financement privé qui y figurent sont les suivants :

- le planning familial, sous forme d'une association loi de 1901, dont le montant est faible (5 millions d'euros de ressources propres en 2002) ;
- la médecine du travail (1 224 millions d'euros en 2002) ;
- l'OPPBT (Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics) (33 millions d'euros en 2002) qui cherche à prévenir les accidents du travail dans le secteur du bâtiment et des travaux publics et dont le financement provient d'un pourcentage perçu sur les cotisations URSSAF des employeurs.

L'objet des deux sections suivantes est de lister précisément le contenu des différents postes de prévention des CNS : prévention « individuelle » (primaire et secondaire) et prévention « collective » (environnementale et ciblée sur les comportements).

Une précision sémantique est nécessaire. Ces termes de « prévention individuelle » et de « prévention collective » sont entendus ici dans un sens comptable : les CNS comptabilisent comme prévention collective toutes les actions dont les dépenses ne sont pas rattachables à un individu. Cette distinction rejoint donc exactement le critère de classement que nous avons introduit entre dépenses « individualisables » et « non individualisables » et diffère ainsi de la conception de santé publique usuelle (cf. section 1.2.3). Par exemple, toutes les campagnes d'éducation à la santé, d'incitation aux dépistages, etc., sont considérées dans les CNS comme de la « prévention collective » bien qu'au sens de l'OMS elles s'inscrivent dans une démarche de prévention individuelle.

⁷ À titre de comparaison, les dépenses de l'année 2002 telles qu'elles avaient été présentées à l'époque s'élevaient à 3,7 milliards d'euros. La rénovation du mode de calcul et de présentation a donc permis d'augmenter l'estimation des dépenses de prévention de 1 milliard d'euros.

2.2.2. Le poste « prévention individuelle » des Comptes de la santé (zone ①)

2.2.2.1. Prévention individuelle primaire

Voici la liste des dépenses de prévention primaire comptabilisées dans les Comptes de la santé :

- Les dépenses de vaccins

Financement : les collectivités locales, les fonds de prévention spécifiques mis en place dans les 3 grands régimes d'Assurance maladie (FNPEIS pour le régime général, FNPEIS-A pour le régime agricole et un fonds similaire pour le régime des indépendants).

Les collectivités locales prennent à leur charge l'acquisition et la mise à disposition de certains vaccins. Le FNPEIS et les autres fonds de prévention financent, quant à eux, des dépenses vaccinales en remboursant le ticket modérateur dans le cadre de programmes de vaccinations spécifiques (grippe, ROR)⁸.

- Les budgets de la Protection Maternelle Infantile (PMI) et du planning familial

Financement : les grands régimes d'Assurance maladie, les départements, les communes et le MFPPF (Mouvement Français pour le Planning Familial).

- La médecine du travail

Financement : les entreprises privées pour la grande majorité et la médecine de caisse des régimes spéciaux (sections locales mutualistes, régimes des mines, etc.).

- La médecine scolaire

Financement : l'État.

2.2.2.2. Prévention individuelle secondaire

Les dépenses de prévention secondaire comptabilisées dans les Comptes de la santé sont relatives aux dépistages au sens large, ce qui inclut les examens de santé et les bilans bucco-dentaires des adolescents.

- Le dépistage des tumeurs

Financement : l'État, le FNPEIS, les départements et l'INPES.

- Le dépistage du SIDA, de l'hépatite, de la tuberculose et des Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Financement : l'État, la Cnamts, les départements et l'INPES.

- Le dépistage des autres pathologies

Financement : l'État et l'INPES.

- Les bilans bucco-dentaires (BBD)

Financement : le FNPEIS, l'État et l'INPES.

Seule une partie des dépenses de BBD est comptée ici car certains coûts du BBD sont désormais couverts par la branche du risque de l'Assurance maladie⁹ et ne peuvent donc pas être capturés dans la prévention des Comptes (*cf. paragraphe 3.1.3.2*).

- Les examens de santé

Financement : le FNPEIS et les communes.

Malheureusement, sont comptabilisées ici uniquement les dépenses de dépistages organisés et financés en tant que tels par des fonds spécifiques comme le FNPEIS. C'est la limite fondamentale de la logique des Comptes de la santé et des données mises à la disposition de leurs concepteurs : toutes les actions de dépistage identiques à celles couvertes par les programmes mais effectuées par des assurés individuellement et en dehors des modalités du programme ne sont pas recensées ici. Prenons l'exemple des mammographies : seules les mammographies effectuées par les femmes qui ont utilisé le coupon spécifique envoyé par leur CPAM sont comptabilisées dans le FNPEIS ; toutes les mammographies réalisées selon d'autres modalités ne sont pas couvertes par le FNPEIS mais par le risque maladie et sont, dès lors, impossibles à repérer. Elles sont donc logiquement comptabilisées dans la CSBM et n'apparaissent pas dans les dépenses de prévention. Cela vaut également pour la plupart des dépistages et pour les bilans bucco-dentaires : ces exemples seront repris dans le § 3.1.3.2.

⁸ Cependant, il existe d'autres dépenses de vaccins qui ne sont pas isolées ici et sont comptabilisées dans la CSBM : la prise en charge du tarif de responsabilité (65% du montant) de certains vaccins par l'Assurance maladie et le reste à charge pour les ménages pour les vaccinations hors programmes (fièvre jaune...).

⁹ Nous appelons ici « risque maladie » la branche de l'Assurance maladie qui rembourse les consommations de soins standards, ceci afin de la différencier des fonds spécifiques d'Assurance maladie (comme le FNPEIS) qui couvrent certaines prises en charge particulières et certains programmes de prévention ou de soins globaux.

2.2.3. Le poste « prévention collective » des Comptes de la santé (zone ②)

2.2.3.1. Prévention collective à visée environnementale

Ce sous-poste a plus à voir avec la sécurité sanitaire au sens large qu'avec la prévention médicale : il regroupe des dépenses d'actions publiques investies en amont du système de soins et souvent à la frontière entre la sphère « santé » et d'autres sphères comme celles du travail, de l'environnement ou de l'agriculture.

- Hygiène du milieu

Financement : l'État, les départements et les communes.

- Prévention des accidents du travail

Financement : OPPBTP, le FPATMP (Fonds de Prévention des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles) de la Cnamts, le Fonds de prévention des accidents du travail de la MSA, l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail).

- Lutte contre la pollution

Financement : l'État (ministère de l'Ecologie).

- Recherches dans le domaine de la prévention sanitaire

Financement : l'État, les départements et les communes.

- Observation, veille, alerte

Financement : l'État grâce au budget du ministère de la Santé, d'autres ministères (LOLF), et *via* le financement de l'IRSN¹⁰ (Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire) et celui de l'INVS (Institut National de Veille Sanitaire).

- Urgences et crises

Financement : l'État par le biais du ministère de la Santé et de plusieurs autres ministères regroupés dans la LOLF.

- Sécurité sanitaire de l'alimentation

Financement : l'État par le biais de plusieurs ministères et *via* le financement de l'AFSSA (Agence

Française de Sécurité Sanitaire des Aliments).

- Production et mise en œuvre de dispositifs

Financement : le ministère de la Santé, plusieurs autres ministères et l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé).

2.2.3.2. Prévention collective axée sur les comportements

Ce poste valorise des dépenses collectives induites par des campagnes pour promouvoir des actions de prévention individuelles (la vaccination par exemple), pour sensibiliser le public à certaines réalités sanitaires et l'inciter à adopter des comportements contribuant à prévenir les maladies.

- Campagnes en faveur des vaccinations

Financement : le FNPEIS et les départements.

- Campagnes contre l'addiction

Financement : l'État *via* la DGS et le financement de la MILDT, le FNPEIS, les départements et l'INPES.

- Information, promotion de la prévention et éducation à la santé

Financement : l'État (Plan Cancer, Plan National de Nutrition), le FNPEIS, les départements, les communes, les ORS et l'INPES.

Ce grand poste généraliste regroupe l'ensemble des dépenses relatives aux campagnes d'information et d'éducation à la santé au sens large.

2.2.4. Les limites de la distinction entre prévention individuelle et prévention collective

Si la distinction entre prévention individuelle et collective fait sens, en pratique elle souffre de quelques limites dans la présentation des Comptes de la santé ; sous cette distinction, il existe en réalité des confusions dans l'affectation des montants, dues au niveau de détail disponible pour les concepteurs des Comptes. En effet, la séparation entre les dépenses de prévention individuelle (comme les dépistages) et les dépenses collectives relatives à la promotion de ces actions de prévention individuelle est subordonnée à la qualité et à la précision des comptabilités tenues par les différents organismes. Mais, en réalité, les

10 Sur l'aspect de la prévention des expositions nocives et des rayonnements ionisants.

données de comptabilité existantes ne sont pas toujours assez précises pour permettre d'affecter en toute certitude les dépenses engagées soit aux actions de prévention remboursées aux individus, soit aux campagnes de promotion et d'information. Il est donc très possible que la structure de dépenses entre prévention individuelle (secondaire) et prévention collective (en direction des comportements) soit biaisée dans les estimations des Comptes; ainsi, on constate que dans la « prévention collective axée sur les comportements » on ne retrouve pas de dépenses affectées à la promotion du dépistage des tumeurs ou du BBD, alors qu'il existe certainement des frais de promotion et d'information inhérents à ces actions. Il est donc vraisemblable que, dans ce cas, ces dépenses qui ne sont pas individualisables soient malgré tout comptées avec les dépenses de prévention individualisables.

2.2.5. Les actions de prévention de la CSBM non repérables dans les Comptes (zone ③)

C'est cette catégorie qui fait l'objet du travail d'estimation conduit ici par l'IRDES et présenté dans ce rapport : l'existence, dans le champ des CNS, de tels montants – consacrés à la prévention mais englobés dans la CSBM, donc non repérables – constitue le point de départ de la demande de la DREES.

Il s'agit exclusivement d'actions préventives réalisées *via* le système de soins et qui ne sont pas subventionnées par des fonds spécifiques de prévention de l'État ou de l'Assurance maladie. Ce sont donc des actions financées par les branches classiques de l'Assurance maladie, par les complémentaires santé ou bien par les ménages. Pour exemple, on peut rappeler le *distinguo* regrettable (mais inévitable) qui est fait dans les Comptes entre les dépistages organisés qui sont comptés dans le poste de prévention individuelle et les dépistages identiques mais qui sont le fruit d'une démarche individuelle et qui sont donc remboursés par le risque et comptés dans la CSBM.

Nous aurons l'occasion de dresser un descriptif aussi complet que possible des actions préventives qui pourront être isolées dans la CSBM (à la page 47, puis dans le chapitre 4 consacré à la méthode).

2.3. La prévention hors du champ des Comptes de la santé

Il existe des actions de prévention, collective et individuelle, médicale et non médicale, qui n'entrent pas dans le champ des Comptes de la santé, soit pour des raisons conceptuelles (dépenses s'écartant trop de la sphère « santé » et comptabilisées dans d'autres comptes satellites de la nation), soit pour des raisons techniques (manque de sources d'informations adéquates).

2.3.1. La prévention collective hors du champ des Comptes de la santé (zone ④)

Nous l'avons déjà souligné : de nombreuses actions de prévention collective débordent la « sphère santé », au sens où elles sont financées sur des fonds publics non dédiés à la santé ou gérés par des ministères autres que celui de la Santé. Même si les CNS réintègrent certaines de ces actions, dans la mesure du possible et de la disponibilité des données (sécurité de l'alimentation, lutte contre la pollution, etc.), la plupart ne sont pas concernées par le champ des Comptes. Pourtant, bien que ces actions prennent place en amont du système de soins, elles ont toutes des conséquences positives sur la santé; elles relèvent de ce qu'on nomme la « sécurité sanitaire » par opposition à la prévention strictement médicale.

Ces actions préventives relèvent des domaines suivants :

- équipement (prévention routière),
- urbanisme (hygiène de l'habitat),
- éducation (nutrition, prévention des conduites à risque, etc. dans les établissements scolaires),
- environnement (qualité de l'eau, surveillance des zones de baignade, innocuité de la production alimentaire, etc.),
- etc.

Cette liste sommaire donne un aperçu de la diversité des aspects de prévention qui ne sont pas concernés par notre étude.

2.3.2. La prévention individuelle hors du champ des Comptes de la santé (zone ⑤)

Un deuxième type de dépenses de prévention est négligé dans notre étude parce que ces dépenses échappent au champ comptable des Comptes de la santé : il s'agit d'un ensemble d'initiatives individuelles de prévention (en général non médicale) et de financements spécifiques d'actions de prévention médicale. Ces dépenses de prévention sont supportées par les ménages ou par d'autres financeurs privés (comme les assurances complémentaires santé) :

- Toutes les acquisitions consacrées à la sécurité domestique (prévention des accidents domestiques : protections de prises électriques, etc.), à la prévention des infections sexuellement transmissibles ou la contraception (achat de préservatifs), par exemple, contribuent évidemment à l'effort de prévention des ménages. Il est évident que des dépenses de ce type ne sauraient être incluses dans une comptabilité nationale¹¹ : elles reflètent des choix de consommations individuels au même titre que tous les autres efforts à vocation préventive faits par les ménages qui ne relèvent pas strictement de leur budget et qui ne sont pas quan-

tifiables pour la plupart (choix alimentaires, pratique sportive, etc.).

- D'autres dépenses de prévention plus marginales ne sont pas traitées dans les CNS : celles engagées par les assureurs complémentaires (mutuelles ou assureurs privés) pour initier des démarches préventives auprès de leurs sociétaires qui se substituent ou s'ajoutent à celles menées par l'Assurance maladie obligatoire. On peut citer, à titre d'exemple, l'association « Prévention MAIF » dont les missions sont de promouvoir la prévention à travers diverses actions d'intérêt général, une ligne téléphonique de type « fil vert » ouverte à ses sociétaires, etc. Les dépenses de cette association ou des autres construites sur le même modèle ne sont pas comptées dans les Comptes, alors qu'elles rentrent pourtant sans ambiguïté dans le cadre de la prévention collective : c'est le manque d'informations disponibles ou l'absence d'un balayage exhaustif du champ de la prévention qui en sont la cause.

Cette liste ne prétend pas être exhaustive, car il existe sans doute actions de prévention de ce type qui pourraient être valorisées et qui ne sont pas comptabilisées dans les CNS.

11 Indépendamment de la difficulté technique à estimer ces dépenses.

3. Identifier et hiérarchiser les actions de prévention

3. Identifier et hiérarchiser les actions de prévention

Le chapitre 1 a permis de tracer les contours théoriques de la prévention et d'en proposer une grille de classement adéquate. Cette analyse a été complétée, dans le chapitre 2, par l'étude du recouvrement entre le champ des CNS, qui résulte de contraintes comptables, et les contours de la prévention ainsi définis.

Nous réunissons maintenant ces deux aspects en identifiant concrètement les actions de prévention qui entrent dans notre champ d'analyse. Après avoir listé de la manière la plus exhaustive possible les motifs considérés comme préventifs, nous les affectons aux catégories adéquates du tableau de prévention, en expliquant comment s'est faite cette allocation. Nous insisterons notamment sur la séparation des dépenses entre les modalités « programmes » et « hors programmes ».

Certaines décisions relatives à la prise en compte de motifs de recours au système de soins dans le champ de la prévention, ou leur classement dans une catégorie donnée, peuvent prêter à discussion : elles font l'objet d'un commentaire spécifique dans la seconde section de ce chapitre (section 3.2).

3.1. L'identification des actions de prévention et leur classement dans le tableau

L'objectif est maintenant d'identifier le contenu de chaque catégorie de prévention construite.

Nous présentons d'abord le tableau de prévention complété avec les motifs préventifs retenus dans

l'étude, puis nous exposons les difficultés rencontrées dans l'application pratique des trois critères de distinction définissant ce tableau : nature de l'action préventive, programme vs. hors programme, montants individualisables vs. montants non individualisables.

3.1.1. Le tableau descriptif des activités de prévention

Pour rendre compte du travail de classement des actions de prévention, nous reproduisons la grille de découpage de la prévention remplie avec les modalités de prévention qui s'y rapportent (*cf. Tableau n° 3, page 42*).

Précisons que le tableau présenté offre un point de vue pratique et non un descriptif minutieux et théorique de la prévention. L'objectif n'était pas de lister dans le plus grand détail toutes les dimensions de la prévention qui existent, mais bien seulement celles qui sont isolables dans les données utilisées et dont les montants peuvent être estimés dans notre travail. Par exemple, la ligne du tableau dans laquelle pourraient être isolées les dépenses de prévention qui sont hors du champ des CNS n'est pas reproduite ici : nous avons déjà eu l'occasion d'illustrer cette catégorie pour savoir ce qu'elle recouvre (*cf. sections 2.3.1 et 2.3.2*) et, désormais, elle ne concerne plus notre travail.

Il n'y a donc, dans le Tableau n° 3, que des actions de prévention dont les dépenses peuvent être extraites de la CSBM ou dont les dépenses sont déjà comptabilisées dans les postes de prévention des Comptes de la santé.

Tableau n° 3
Tableau de prévention : identification et classement des actions de prévention dans le champ des CNS

Nature de l'action préventive		A. Eviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable			B. Dépister les maladies	C. Prendre en charge les facteurs de risque et les formes précoces des maladies	
A		A.1	A.2	A.3	B	C.1	C.2
Programme de prévention et de santé publique ?	Montants individualisables ou non ?	Mesures à visée environnementale	Mesures de prévention axées sur le comportement individuel	Actions de prévention réalisées dans le cadre du système de soins	Dépistages par le recours aux examens, aux actes techniques et au suivi chez les médecins	Prise en charge des facteurs de risque et des comportements à risque	Prise en charge des formes précoces des maladies
		<ul style="list-style-type: none"> - Consultations pour exposition professionnelle (rayonnements, substances toxiques agricoles) 	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccins du calendrier vaccinal - PMI, planning familial - Contraception hormonale et intrautérine - Prévention des carences nutritionnelles (vitamines, minéraux, fluor, conseils diététiques) - Médecine du travail - Médecine scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage de certaines tumeurs (côlon, sein, prostate, etc) - Dépistage néonatal (pathos génétiques) - Dépistage SIDA et autres IST - Bilan bucco-dentaire - Examen d'embauche - Examen de contrôle des populations cibles spécifiques (jeunes) - Dépistage du diabète - Dépistage de maladies cardiaques - Détection de dysplasies col de l'utérus - Autres dépistages par analyses biologiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Aide au sevrage tabagique - PEC de la toxicomanie - Aide au sevrage alcoolique (hors complications alcooliques) - PEC du diabète 2, non compliqué - PEC de l'obésité hors complications - PEC de l'hyperlipidémie non compliquée - PEC de l'HTA non compliquée - Prévention comportements sexuels à risque et exposition aux IST - Traitement des coups de soleil 	<ul style="list-style-type: none"> - Tumeurs <i>in situ</i> (de la peau notamment) - PEC de la dyslexie (≤ 16 ans) 	
Programme de prévention et de santé publique	Dépenses individualisables	<ul style="list-style-type: none"> - Veille sanitaire/expositions nocives (rayonnements, amiante...) - Infections nosocomiales - Prévention des risques professionnels - Sécurité sanitaire des aliments - Hygiène du milieu/lutte contre la pollution 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention toxicomanie (MILDT, INPES) - Campagnes antitabac et anti-alcool - PNNS - Campagne information SIDA - Education à la santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Campagnes de promotion de la vaccination - Campagnes de promotion du dépistage du SIDA, hépatite C, etc. - Campagnes promotion BBD - Campagnes promotion dépistage autres pathologies 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposition aux Infections transmissibles autres ou non précisées 		
Hors programme de prévention et de santé publique	Dépenses individualisables	<ul style="list-style-type: none"> - Consultations pour exposition environnementale (bruit, pollution de l'eau)... - Consultations pour exposition à certaines conditions socio-économiques et psycho-sociales difficiles (chômage...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil et surveillance d'ordre général (ex : en matière de sexualité) - Prévention paludisme - Suivi grossesse normale - Analyses biologiques de détection de grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccins hors calendrier vaccinal (typhoïde, fièvre jaune...) - Prévention paludisme - Suivi grossesse normale - Analyses biologiques de détection de grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultations de routine ou de contrôle auprès des médecins ou des dentistes - Dépistage de certaines tumeurs - Suivi post-partum - Consultations pour antécédents familiaux - Recours pour motifs administratifs (certificats, etc) 	<ul style="list-style-type: none"> - Primo-infection tuberculeuse - Rééducation périméale - Strabisme de l'enfant de moins de 6 ans - Troubles de l'odontogénèse 	

La définition des critères de distinction et leur justification théorique ont été abordées largement. Il s'agit ici d'examiner l'utilisation pratique de ces trois critères pour le classement des actions de prévention retenues : cette utilisation pose-t-elle des problèmes ? Comment ces problèmes peuvent-ils être contournés ? etc.

3.1.2. Le classement selon la « nature d'action préventive » : éléments de discussion

L'application de ce critère pose *a priori* peu de problèmes, puisqu'il a été introduit justement pour construire des catégories de prévention significatives et simplifier la lecture des résultats.

L'inclusion des actions de prévention et leur classement entre les différentes colonnes se sont faits à partir des exemples consensuels de la littérature médicale et économique puis selon les avis émis par le groupe d'experts que nous avons réuni. Néanmoins, la prise en compte des motifs de recours au système de soins en tant qu'actions préventives peut toujours faire débat dans certains cas.

3.1.2.1. Les mesures visant à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable (colonne A)

La colonne A se décompose en trois colonnes bien différentes. Les deux premières, relatives respectivement à la « prévention environnementale » et à la « prévention axée sur les comportements », génèrent essentiellement des dépenses non individualisables.

De ce fait, elles concernent assez peu la prévention à isoler dans la CSBM qui, par nature, est individuelle. Seuls quelques motifs de consultations chez les médecins et les professionnels de santé nous paraissaient en accord avec le champ de ces deux colonnes :

- dans la colonne A1, nous comptabilisons toutes les consultations pour expositions nocives (produits toxiques, pollution, etc.) et pour expositions à des conditions psycho-socio-économiques difficiles ;
- dans la colonne A2, nous faisons figurer les dépenses de prévention en rapport avec les conseils et la surveillance d'ordre général exercés par les médecins (en matière de sexualité par exemple).

Ce sont les seules dépenses individualisables qui seront rattachées aux colonnes A1 et A2.

La colonne A3 regroupe toutes les autres dépenses de prévention primaire individualisables, visant à éviter l'apparition d'une maladie ou d'un état indésirable en population générale : les vaccins et les vaccinations, la contraception, le suivi de grossesse normale, la prévention des carences nutritionnelles, etc. s'ajouteront aux actions de prévention déjà relevées dans les CNS (PMI, planning, médecine scolaire, etc.).

C'est peut-être pour ces affectations respectives aux colonnes A1, A2 et A3 que la frontière est la plus floue et que les choix peuvent s'avérer discutables. La question se pose particulièrement pour l'ensemble des recours pour des conseils et de la surveillance de médecins ou de professionnels de santé : plutôt que de considérer ces motifs comme un ensemble homogène et indissociable, il nous a semblé légitime de les différencier dans la mesure du possible et de la logique de la grille. Ainsi, la majeure partie est classée en A1 (expositions nocives environnementales et professionnelles, conditions psycho-sociales difficiles), mais les conseils d'ordre général (donc axés sur les comportements) sont en A2 et les conseils d'ordre diététique relèvent de la catégorie A3, au même titre que les suppléments médicamenteux prescrits pour prévenir les carences nutritionnelles.

Cette logique pourrait être remise en cause en considérant notamment que les conseils diététiques et les conseils comportementaux généraux, ou encore les conseils en matière de sexualité relèvent de la même démarche préventive.

3.1.2.2. Les dépistages (colonne B)

La colonne B ne souffre pas, *a priori*, de contestation possible puisqu'elle englobe tous les types de dépistage (dépistage néonatal, consultation pour antécédents familiaux, suivi *post-partum*, etc.). Tous les coûts de dépistage qui pourront être répertoriés dans la CSBM seront intégrés dans cette colonne.

3.1.2.3. La prise en charge des facteurs de risque, des comportements à risque et des formes précoces de maladies (colonne C)

La colonne C est également discutable mais sans doute plus pour son existence même au sein du champ de la prévention que pour le rattachement des actions de prévention qui est réalisé.

La colonne C1 est de loin la plus fournie puisqu'elle contient toutes les démarches préventives relatives aux facteurs de risque (FR) cardiovasculaires non compliqués (diabète, HTA, obésité, hyperlipidémies) et de prise en charge des comportements à risque (tabagisme, consommation excessive d'alcool, comportements sexuels à risque). La prise en compte de cette catégorie peut être critiquée, mais si l'on décide de la faire figurer, il semble évident que toutes ces prises en charge doivent y être rattachées.

Le seul motif qui pourrait sembler singulier par rapport à cette catégorie est la prise en charge de la toxicomanie. Nous choisissons ici de considérer comme préventifs le suivi et le traitement substitutif des toxicomanes¹², ce qui peut heurter les conceptions classiques de la prévention. Toutefois, ce choix semblait se justifier par analogie avec l'inclusion des autres conduites à risque (tabac, alcool, comportements sexuels).

Il est important de comprendre ce qui différencie conceptuellement cette catégorie C1 de la catégorie A2 (prévention axée sur le comportement individuel) introduite plus haut, particulièrement dans le cas du tabac et de l'alcool. La colonne A2 regroupe les mesures visant à inhiber les comportements à risque et le développement des facteurs de risque : on y retrouve toutes les actions de sensibilisation sur les risques du tabac, de l'alcool et d'une alimentation déséquilibrée, notamment celles qui cherchent à enrayer l'initiation du tabac chez les adolescents. Dans la colonne C2, il s'agit de la prise en charge des facteurs de risque et comportements à risque déjà installés, notamment l'aide au sevrage tabagique du fumeur régulier. Ce qui fait donc la différence entre ces deux catégories, c'est l'aspect avéré du facteur de risque.

La colonne C2 contient quelques exemples de prises en charge de formes précoces ou de signes avant-coureurs de maladies. Naturellement, le curseur de classement entre cette colonne et toutes les autres formes de traitements qui relèvent non plus du préventif mais du curatif est éminemment subjectif. Toutefois, il nous a semblé que la prise en charge de la dyslexie et du strabisme chez les enfants constituait un exemple assez consensuel de prévention de troubles bien plus handicapants. De même, la surveillance des tumeurs *in situ* constitue un suivi précoce du développement éventuel d'une tumeur maligne et la rééducation périnéale après l'accouchement prévient l'incontinence urinaire.

¹² Cela dit, compte tenu des données à notre disposition, les seules dépenses de cette sorte qui peuvent être relevées dans notre étude sont issues de l'activité en médecine de ville (prise en charge des toxicomanes par les généralistes, les psychiatres, etc.) : nous ne pouvons repérer ni la délivrance hospitalière de traitements de substitution, ni la prise en charge dans les hôpitaux psychiatriques ou les centres spécialisés en désintoxication.

Dans la section 3.2, nous revenons sur les implications de certains choix méthodologiques particulièrement sujets à discussion et qui représentent par ailleurs des montants non négligeables (en particulier ceux relatifs à la prise en charge des facteurs de risque et à la contraception).

3.1.3. Le classement en « programme » vs. « hors programme »

L'application de ce critère pour classer les actions de prévention suppose de définir très précisément ce que l'on entend sous cette terminologie de « programme de prévention et de santé publique » puis, en fonction de cette définition, de recenser l'intégralité des programmes qui seront considérés comme « classants ».

Ensuite, l'estimation des dépenses associées pose un certain nombre de problèmes de cohérence que nous avons déjà soulevés lors de la présentation de ce critère de distinction (cf. § 1.2.2) : en particulier, l'opportunité de classer différemment les dépenses de prévention individuelle réellement engagées dans le cadre d'un programme et les dépenses de prévention pour des actions identiques réalisées en dehors du cadre strict du programme.

Nous discutons successivement ces deux pans de la réflexion.

3.1.3.1. Définition et recensement des « programmes de prévention et de santé publique »

Les critères retenus pour définir un « programme » sont les suivants :

- le programme est fixé soit dans la Loi (Loi de Santé Publique, Loi de Financement de la Sécurité Sociale), soit dans le cadre de la politique de santé publique, soit dans le cadre des Conventions d'Objectifs et de Gestion conclues entre l'État et les caisses d'Assurance maladie ;
- les actions de prévention inscrites dans le programme sont organisées et financées par l'État et les collectivités locales et par les caisses d'Assurance maladie ;
- ces actions sont basées sur des critères scientifiques validés par des experts, sur des conférences de consensus et sur les recommandations émises par l'ANAES.

Cependant, il apparaît que d'autres paramètres entrent en ligne de compte dans la définition précise d'un programme :

- objectifs et contenu du programme : il existe des programmes de prévention, de santé publique, d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique, de diffusion des bonnes pratiques, etc., et surtout des programmes qui combinent plusieurs de ces dimensions dans un objectif global d'amélioration de la prise en charge ;
- niveau géographique de décision et identité du promoteur : au niveau international ou européen (par l'OMS et la Communauté européenne), au niveau national (après consultation du Haut Conseil de la Santé, des caisses nationales d'Assurance maladie et de la Conférence Nationale de Santé) ou au niveau régional (via les Conseils Régionaux de Santé) ;
- contenu budgétaire : niveau de financement, financement direct ou *via* des organismes en charge de l'application du programme ;
- période d'application ;
- clauses d'application précises : populations cibles (âge, populations à risques, etc.), périodicité, cadre spécifique de réalisation, etc.

La logique de définition d'un programme est donc multiple, sujette à de nombreux *distinguos* qui sont pour la plupart inapplicables dans notre travail d'estimation. Pour construire des catégories opérationnelles dans la grille, nous sommes contraints d'opter pour une définition large d'un « programme », en délaissant une partie de ces détails.

Nous considérons donc tous les programmes de prévention et de santé publique au sens large dont les objectifs correspondent à une démarche de prévention retenue dans notre travail, appliqués au niveau national ou au niveau local (avec un nombre significatif de départements et de régions), qui avaient cours en 2002, et quels qu'en soient les promoteurs, le contenu budgétaire et le cadre d'application précis.

Dès lors, nous avons pu répertorier tous les programmes qui entraînent en cohérence avec cette définition générale, selon les différents thèmes abordés : la liste exhaustive des programmes ainsi recensés est disponible en Annexe n° 1, assortie de leurs conditions d'application et de leurs missions précises. Ce sont ces programmes qui sont utilisés pour classer les actions de prévention dans les lignes « programme » et « hors programme » du tableau de prévention.

Dans la définition retenue, nous n'avons pas cherché à distinguer les différents types de programmes selon qu'ils ont essentiellement une vocation préventive ou qu'ils associent au contraire un objectif préventif à une démarche plus générale de qualité de soins ou de santé publique. Ce serait là un exercice complexe, dont les résultats seraient imparfaits et surtout inutilisables dans notre étude.

Cependant, le fait de désigner indifféremment sous le terme de « programme » les actions concertées de prévention et les programmes de bonnes pratiques peut créer quelques cas limites dans le classement des actions de prévention, principalement dans la colonne C. Dans le Tableau n° 3 on constate que la quasi-totalité des recours préventifs de la colonne C1 (prise en charge des FR et des comportements à risque) relève d'un programme, ce qui peut sembler paradoxal. En effet, la colonne C1 a été différenciée des colonnes A et B pour isoler des dépenses dont la nature préventive n'est pas unanimement admise alors qu'au contraire l'appartenance à un programme constitue plutôt un signe de reconnaissance d'un enjeu de santé publique de la part des politiques et des pilotes du système.

Cette apparente contradiction est toutefois conforme à notre logique : à partir du moment où nous avons décidé d'intégrer la prise en charge du diabète, du tabagisme, de l'obésité, etc. dans le champ de la prévention, il est normal de prendre en considération les nombreux programmes qui abordent ces questions (le PNNS pour l'obésité, le Programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2 lancé en 2002 par le ministère de la Santé, etc.).

3.1.3.2. La répartition des dépenses de prévention en fonction de cette distinction entre « programme » et « hors programme »

Après avoir présenté la distinction théorique entre « programme » et « hors programme », nous allons illustrer, à l'aide de trois exemples successifs, les difficultés à affecter les dépenses de prévention aux bonnes catégories qui rendent compte des limites de l'application de ce critère dans la pratique.

L'exemple des mammographies

Les critères de définition des mammographies de dépistage (d'une tumeur du sein) qui sont recommandées et qui, à ce titre, sont intégralement prises en charge dans le cadre du FNPEIS, sont très précis. Selon les recommandations de l'ANAES,

la mammographie de dépistage est préconisée chez les femmes de 50 à 74 ans, à raison d'une tous les 2 ans ; en revanche, les mammographies de dépistage réalisées avant 50 ans n'entrent pas dans le champ de ces recommandations explicites.

Dans la pratique courante, on peut relever une première différence, non pas de contenu des recommandations mais de modalité de recours : les mammographies de dépistage recommandées font l'objet d'une prise en charge systématique du FNPEIS et sont accompagnées d'un bulletin à faire remplir par le radiologue et à renvoyer à la caisse d'Assurance maladie. Mais il existe aussi des femmes de 50 à 74 ans qui réalisent d'elles-mêmes des mammographies de dépistage tous les 2 ans ou qui sont appelées dans le cadre du programme mais n'ont pas le bulletin adéquat. Les dépenses de ces deux modalités de recours – pourtant similaires en termes de contenu préventif – pourraient être comptabilisées dans des catégories différentes selon la grille de découpage théorique de la prévention. En effet, la séparation de ces deux types de recours serait intéressante en termes d'évaluation et de suivi des efforts nationaux consacrés aux programmes de prévention.

D'autre part, en toute rigueur, les mammographies réalisées en dehors de la tranche d'âge cible (avant 50 ans ou après 74 ans) ou à une fréquence plus élevée que celle recommandée ne relèvent pas d'une nécessité réelle de santé publique et donc ne devraient pas être comptabilisées avec les dépenses de programmes. Avec les données de l'observatoire français de la sénologie, nous pourrions techniquement différencier les mammographies de dépistage réalisées dans la tranche d'âge du dépistage mais, en revanche, nous serions dans l'incapacité de mesurer la fréquence à laquelle les femmes réalisent des mammographies.

Cela signifie que les distinctions théoriques entre les différentes mammographies de dépistage sont inapplicables. Cette carence nous amènera donc à traiter de la même façon les montants des mammographies de dépistage issues des dépenses du FNPEIS (et donc des postes de prévention spécifiques des CNS) et les dépenses des mammographies réalisées chez les radiologues en pratique courante hors cadre du FNPEIS (et donc extraites de la CSBM) : elles seront toutes regroupées dans la même ligne du tableau de prévention, c'est-à-dire toutes comptabilisées dans la ligne « Programmes / Dépenses individualisables ».

L'exemple du bilan bucco-dentaire (BBD)

À partir de 1997, l'Assurance maladie et les chirurgiens-dentistes ont instauré le BBD. Celui-ci consiste en une consultation de dépistage bucco-dentaire gratuite pour tous les adolescents âgés de 15 à 18 ans jusqu'en 2003 ; cette tranche a depuis été élargie à l'ensemble des 13-18 ans. De plus, les soins qui s'avèrent nécessaires à la suite de cette première visite de contrôle sont tous remboursés à 100 % par l'Assurance maladie (hors orthodontie et prothèse). Le financement du BBD est assuré :

- par le FNASS (Fond National d'Action Sanitaire et Sociale) qui prend en charge intégralement la première consultation de dépistage puis, si nécessaire, le complément des dépenses (ticket modérateur, 35%) pour les soins consécutifs ;
- et, en grande partie, par la branche du risque, qui couvre la part obligatoire (65%) des soins consécutifs.

Là encore, il serait instructif de différencier la prise en charge bucco-dentaire des adolescents de 13 à 18 ans réalisée dans le cadre du BBD *stricto sensu* des visites de contrôle et de routine chez les adolescents du même âge réalisées hors du cadre du BBD. Mais le fait que la plus grande part des dépenses générées par le programme BBD soit financée par le risque nous empêche de détecter et d'isoler des dépenses spécifiques de BBD.

Ainsi, les prises en charge bucco-dentaires de contrôle des 13-18 ans – BBD et hors BBD – devront être comptabilisées de la même manière dans la ligne « Programmes / Dépenses individualisables ».

L'exemple des vaccins

Le cas des vaccins pose un autre type de problème. Il existe théoriquement trois catégories de vaccins :

- les vaccins obligatoires (pour les nouveau-nés) ;
- les vaccins recommandés (tétanos à l'âge adulte, hépatite B chez les populations à risque, grippe au-delà de 65 ans...);
- les autres vaccins (hépatite B hors des populations à risque, grippe en dessous de 65 ans, fièvre jaune, typhoïde).

Naturellement, la première catégorie relève d'un programme, la seconde également dans la mesure où ces vaccins s'inscrivent dans le calendrier vaccinal. En revanche, les derniers ne correspondent à aucun programme tel que nous l'avons défini.

Les données de ventes de l'AFSSAPS dont nous disposons présentent un niveau de détail suffisant pour connaître la nature du vaccin. Ici, l'affectation ne pose donc aucun problème lorsque le critère unique de classement est la nature du vaccin. En revanche, cela n'est plus le cas lorsque la distinction se fonde sur des critères plus spécifiques comme l'âge du patient (grippe) ou son appartenance à une population à risque (hépatite B) car les données en notre possession ne proposent pas ce niveau de détail. Dans ce cas, par assimilation, toutes les dépenses de vaccinations contre l'hépatite B et contre la grippe seront comptabilisées avec les dépenses individualisables de programmes de prévention et de santé publique.

Synthèse

Ces trois exemples illustrent les limites atteintes dans l'affectation raisonnée des dépenses de prévention aux « programmes ». Aussi, les choix qui ont été faits pour la mammographie, le BBD et les vaccins seront reproduits si de tels dilemmes se posent à nouveau pour d'autres actions de prévention :

- les dépenses des actions de prévention conformes aux définitions d'un programme existant mais engagées en dehors du cadre restrictif de ce programme seront comptabilisées dans la catégorie des « dépenses individualisables de programme » ;
- par ailleurs, cette logique d'affectation des dépenses est étendue aux cas où la définition d'un programme de santé publique est assortie de critères d'éligibilité qui en réduisent le champ d'application : là encore c'est l'existence du programme qui est privilégiée dans l'affectation des dépenses, en négligeant les critères précis.

Cette option générale biaise certainement la lecture des résultats dans une perspective de structure de dépenses « programme » vs. « hors programme », mais c'est l'option qui paraissait la plus satisfaisante.

3.1.4. La nature « individualisable » ou « non individualisable » des dépenses de prévention

Ce critère pose très peu de problèmes d'application dans l'estimation des dépenses de prévention puisqu'il ne s'applique pas aux travaux d'estimation menés par l'IRDES sur la CSBM : par définition, tous les montants extraits de la CSBM sont individualisables.

Le seul biais de cette séparation des dépenses provient donc des montants comptabilisés dans les postes de prévention des CNS, comme nous l'avons déjà mentionné dans le paragraphe 2.2.4. Il existe, en effet, un manque de détails comptables et budgétaires chez certains organismes et acteurs de la prévention, ce qui se traduit par un manque de visibilité en termes de dépenses individualisables et non individualisables.

3.2. Discussion sur le champ de la prévention dans notre étude

Nous avons rencontré un certain nombre de problèmes posés par les considérations théoriques sur le champ de la prévention, sur les limites entre activité préventive et activité curative et sur la classification la plus adaptée pour hiérarchiser les différents niveaux de prévention.

Nous nous sommes volontairement abstraits des classifications usuelles de la prévention : aucune ne fait l'unanimité et aucune ne se prête parfaitement à une application opérationnelle comme l'est notre travail comptable d'estimation des dépenses de prévention. Bien que cela nous ait semblé préférable, ce constat peut être perçu comme une première limite de notre travail.

La réflexion du groupe d'experts réuni par l'IRDES s'est naturellement orientée vers des concepts proches de ceux employés dans ces classifications, comme la nature de l'action préventive et le type de population cible, mais a aussi suggéré des critères de distinction de la prévention, originaux, tel le mode de financement. Au total, le travail des experts a débouché sur une partition du champ de la prévention qui s'inspire à la fois des classifications de l'OMS ou de Gordon mais qui n'est pas redondante : par exemple, ce n'est pas la démarcation entre prévention secondaire et tertiaire qui nous aurait permis d'isoler certaines prises en charge spécifiques des facteurs de risque cardiovasculaires ou de formes précoces de pathologies.

Ces deux dernières catégories de prévention citées sont, en l'occurrence, les moins consensuelles de toutes.

L'intégration des dépenses relatives aux facteurs de risque (FR), surtout, a soulevé de nombreuses questions et a suscité, au sein du groupe d'expertise, des débats importants. Est-il légitime de comptabiliser la prise en charge – notamment médicamenteuse – de facteurs de risques cardiovasculaires comme le diabète, les hyperlipidémies et l'HTA¹³ parmi les dépenses de prévention ? Le diabète de type 2 ou l'HTA non compliqués ne constituent-ils pas des maladies ? Si c'est le cas, les traitements associés ne sauraient être considérés comme des actions préventives, etc.

La réponse à ces questions s'est effectuée en deux temps :

- Premièrement, nous avons évalué l'opportunité de les intégrer dans le champ de la prévention en raisonnant avec le groupe d'experts sur ce qui fonde la distinction entre un « facteur de risque » et une « maladie ». Cette question n'a pas de réponse unique dans la mesure où la différence n'est pas seulement sémantique mais aussi fonction du degré d'avancement d'une pathologie et du rapport de causalité épidémiologique : ainsi une maladie peut être facteur de risque d'une autre maladie. Au final, c'est la nature symptomatique ou non d'une maladie qui est apparue comme le critère le plus pertinent pour distinguer les facteurs de risque des pathologies dans notre travail : ainsi tous les FR cardiovasculaires précités sont asymptomatiques en l'absence de complications ou de comorbidités cardiaques¹⁴. Cet argument a été décisif dans le choix final d'inclure la prise en charge de ces FR dans le champ de la prévention.

13 Nous ne faisons pas référence ici à la prise en charge de l'obésité qui est plus unanimement reconnue comme une démarche de prévention.

14 Signalons, à ce sujet, qu'il y a eu une amélioration du repérage des complications de tous les FR analysés par rapport à la première étude réalisée sur les dépenses de prévention. Cela se concrétisera par une détection plus fine des complications des FR (en tenant compte également des médicaments prescrits aux patients) et par la prise en compte minutieuse de nombreuses comorbidités excluant (cf. section 4).

- Par ailleurs, c'est cette question délicate qui nous a permis de prendre conscience que toute conception unique de la prévention serait critiquable et produirait des résultats insatisfaisants. Nous avons alors souhaité tenir compte des différentes visions de la prévention dans la présentation des résultats afin d'en donner un concentré acceptable et lisible par le plus grand nombre. C'est dans cet esprit qu'a été construite la grille de hiérarchisation de la prévention qui permet de différencier des catégories de prévention homogènes et notamment d'isoler les dépenses de prise en charge des FR.

Si, à certains égards, la nature préventive de la catégorie « prise en charge des formes précoces de maladies » est encore plus discutable, le consensus s'est fait assez vite sur l'intérêt de comptabiliser ces prises en charge, dont la raison d'être est d'éviter l'aggravation et la récurrence d'une maladie ou l'apparition d'un trouble connexe plus grave. Nous avons choisi d'intégrer ces dépenses au champ de la prévention et de les classer dans une catégorie spécifique dédiée à ce type de prise en charge.

En revanche, la difficulté principale a été de trouver les bons exemples d'actions préventives relevant de cette catégorie, sans pour autant créer une brèche dans les contours de la prévention retenus en intégrant des actions « trop » curatives. La surveillance des tumeurs *in situ*, la correction du strabisme de l'enfant ou le traitement de la primo-infection tuberculeuse paraissaient offrir un bon compromis et illustrer parfaitement cette catégorie. Nous avons également retenu la rééducation périnéale qui nous semblait plus préventive que les autres formes de rééducation.

Au total, nous considérons que l'apport des experts et la réflexion approfondie sur les contours de prévention nous ont permis de résoudre les problèmes conceptuels posés par la définition de la prévention ou, au moins, de les contourner en proposant une grille de présentation des résultats différenciée.

4. Méthode d'identification des dépenses de prévention individuelle

4. Méthode d'identification des dépenses de prévention individuelle

Ce chapitre décrit dans ses grandes lignes la démarche employée afin d'identifier et d'estimer les dépenses de la CSBM relatives à une activité de prévention. Ces montants seront au final classés dans la grille décrivant le champ de la prévention défini pour cette étude (*cf. section 3.1*).

La première section est consacrée aux grands principes méthodologiques employés et propose un éclairage spécifique sur les sources de données mobilisées, sur leur niveau de représentativité par rapport au champ des Comptes de la santé et sur la qualité des informations dont elles disposent pour pouvoir identifier au mieux les actes de prévention.

4.1. Les grands principes méthodologiques

4.1.1. La démarche générale

Nous adoptons une approche descendante dans la valorisation. En voici le principe général : à partir des montants connus des postes de dépenses présentés dans ces Comptes, en appliquant des clés de répartition calculées par ailleurs à partir de sources de données, on reconstitue une dépense globale de prévention.

Pour chaque poste de soins, le processus est le suivant :

1. Isoler la ou les source(s) de données médicalisées qui vont permettre de couvrir ce poste de soins

Ces sources recensent, pour la plupart, des motifs de recours associés à des consommations de soins ou biens médicaux. Ces sources de données sont naturellement disjointes, afin de pouvoir couvrir les différents postes de soins. Voir la section 4.1.2 et le Tableau n° 4 pour la liste complète des sources de données.

2. Identifier les motifs préventifs au sein de chaque source

Pour cela, il faut prendre en considération le type de « soins » analysés, puis répertorier les recours qui peuvent être considérés comme préventifs en s'appuyant à la fois sur une réflexion générale et sur toutes les informations spécifiques disponibles dans la base de données : nature du médicament consommé, de l'acte technique ou de l'analyse biologique réalisée, motif de recours au système de santé lorsque celui-ci est connu, contexte clinique particulier (comorbidités, antécédents, identité du professionnel de santé ou spécialité du médecin impliqué), etc.

3. Classer les motifs de prévention retenus dans la grille de hiérarchisation construite

Ce travail d'affectation est mené en parallèle de l'étape précédente : pour chaque motif préventif retenu, une réflexion est menée afin de rattacher ce motif à la nature d'action préventive qui lui correspond et de le classer soit avec les programmes de prévention soit en dehors.

4. Valoriser les actions de préventions retenues

Lorsque cela est possible, cette valorisation se fait de manière interne, grâce aux éléments de coûts renseignés dans les sources d'information mobilisées. Toutefois, le recours à des données extérieures aux sources est souvent nécessaire pour effectuer des extrapolations monétaires et pour obtenir des clés de répartition, trouvées par exemple dans la littérature scientifique. Ainsi, les tarifs de convention en vigueur en 2002 (NGAP) seront utilisés pour valoriser les soins ambulatoires et, pour les dépenses de médicaments, nous nous basons sur les prix publics de l'année 2002.

Les étapes 2 à 4, répétées pour chaque source, permettent d'obtenir des clés de répartition pour différencier l'activité préventive de l'activité curative, et pour répartir la part des dépenses préventives, couverte par la source considérée, dans le tableau de prévention.

5. La procédure de calage

Parallèlement, un travail de « calage » est mené entre les sources utilisées et le champ du poste de soins considéré, afin de déterminer un taux de couverture théorique de chaque source par rapport au poste étudié. Prenons l'exemple de l'Étude Permanente de la Prescription Médicale (EPPM) d'IMS-Health qui est utilisée pour couvrir l'activité des médecins libéraux. Une analyse de son champ couvert et de sa représentativité nous conduit à calculer que cette source couvre environ 60% de l'agrégat monétaire « Soins de médecins libéraux » des Comptes de la santé. Cela signifie que seulement 60% du montant de ce poste sera réparti grâce à cette source, autrement dit qu'on ne pourra ainsi isoler des dépenses de prévention que sur 60% des dépenses de « Soins de médecins » en utilisant la source EPPM.

En s'appuyant sur le calage et les clés de répartition, on va pouvoir ainsi sommer pour chaque poste, puis pour l'ensemble des postes, les dépenses relatives à une activité préventive et les répartir dans la grille de hiérarchisation construite.

4.1.2. Les sources de données utilisées et leur calage par rapport aux CNS

Nous avons procédé à un travail de repérage de toutes les sources de données qui pouvaient être utilisées dans notre étude.

Il s'agit essentiellement de bases de données construites sur un principe « médico-économique » (c'est-à-dire contenant à la fois des données de coûts et des données médicales), qu'il s'agisse de panels, d'enquêtes ponctuelles ou de données administratives. Certaines sources, comme l'Étude Permanente de la Prescription Médicale (EPPM), sont utilisées de manière transversale – aussi bien pour les honoraires de médecins que pour les dépenses de médicaments prescrits – mais pas forcément exploitées de manière identique (cf. respectivement page 70 et page 79 pour de plus amples explications).

Nous y avons adjoint des sources d'information externes, issues de publications récentes ou de données spécifiquement demandées à des agences et des organismes nationaux : publication de l'ONDPS sur l'activité des sages-femmes, données de l'observatoire français de la sénologie pour les mammographies, données de l'AFSSAPS, etc.

Enfin, quand des informations supplémentaires sont nécessaires, par exemple pour construire des listes de médicaments spécifiquement dédiés à la prévention, des données de nomenclature comme le Sempex-Vidal® sont ponctuellement employées¹⁵.

Le Tableau n° 4 de la page 53 liste l'ensemble des sources mobilisées pour reconstituer les masses financières relatives à de la prévention, pour chacun des postes de la CSBM. Il renseigne le nom de la source de données, l'année utilisée et l'organisme producteur des données : nous détaillons en annexe le contenu et le contexte d'utilisation de chaque source de données selon le poste de soins pour lequel elle est utilisée (cf. *Annexe n° 2*).

Par ailleurs, le Tableau n° 4 fournit un taux de couverture, c'est-à-dire la part des dépenses d'un poste ou d'un sous-poste de soins que permet de couvrir une source donnée. Ces taux de couverture appellent quelques explications et commentaires :

- Au niveau des cinq grands postes de soins des Comptes de la santé, ces taux doivent être lus comme le pourcentage des dépenses du poste qui est considéré comme couvert par les sources de données mobilisées dans la présente étude.

- Toutefois, l'intégralité des CNS n'est pas reprise ici : en effet, les postes ou sous-postes qui ne sont pas concernés par notre étude n'apparaissent pas dans ce Tableau n° 4. Il s'agit de domaines d'activité médicale pour lesquels nous ne disposons pas de sources de données adéquates et/ou dont l'activité est essentiellement curative, et donc qui ne seraient de toute façon concernés qu'à la marge par notre travail de repérage des activités préventives. C'est le cas des « Transports médicaux », qui constituent un poste à part entière dans les Comptes de la santé ou encore des secteurs hospitaliers autres que le court séjour (les soins de suite et de réadaptation, l'HAD, les hôpitaux psychiatriques, etc.).
- Considérons l'exemple des soins hospitaliers. Seuls les soins de court séjour sont envisagés dans notre étude, parce que d'une part nous considérons qu'ils peuvent donner lieu, même marginalement, à une activité de prévention et d'autre part nous disposons *a priori* des données adéquates dans le PMSI-MCO pour en juger et repérer les recours préventifs. Le PMSI-MCO étant considéré comme représentant exhaustivement l'activité de court séjour, son taux de couverture par rapport à ce champ est de 100%. Néanmoins, rapporté à l'ensemble des dépenses hospitalières, et puisque nous négligeons les autres secteurs d'activité hospitaliers, son taux de couverture n'est plus de 75,7% (c'est-à-dire la part représentée par les dépenses de court séjour dans l'ensemble des dépenses hospitalières).
- En répétant ce calcul pour toutes les sources de données et pour tous les postes de soins, nous parvenons à un taux de couverture total de 75,5% : cela signifie que 75,5% de la CSBM est passée au crible de notre étude.

Précisons cependant que ce taux de couverture a un intérêt purement technique dans le cadre de cette étude. Nos sources permettent de couvrir 75,5% de la CSBM mais nous pouvons aussi raisonnablement supposer que la prévention est inexistante ou marginale dans la majeure partie des 24,5% de dépenses restantes : dans les soins hospitaliers psychiatriques, voire dans les soins de suite et de réadaptation (puisque nous ne considérons pas la prévention tertiaire), dans les transports médicaux, etc. En supposant ainsi que ce reliquat de dépenses est majoritairement relatif à des actions curatives¹⁶, il s'ensuit que la proportion des dépenses en soins et biens médicaux pour laquelle nous pouvons affirmer avoir isolé toutes les actions de prévention est certainement bien supérieure à 75,5%.

¹⁵ Le Sempex-Vidal® est un répertoire exhaustif des spécialités pharmaceutiques vendues sur le marché officinal et à l'hôpital, assorties d'un ensemble d'informations caractérisant ces spécialités.

¹⁶ A condition que nos choix sur le champ de la prévention et notre méthode de repérage soit valables, évidemment.

Tableau n° 4
Sources de données exploitées pour repérer la prévention dans les postes des CNS

Poste ou sous-poste des CNS	Source de données ou d'informations		Producteurs de la source	Taux de couverture du poste	Contribution de la source au taux de couverture
	Code source	Nom et année de la source			
SOINS HOSPITALIERS				75,7 %	
Soins hospitaliers de court séjour				100,0%	
Soins de court séjour public	H.1	PMSI-MCO Public (2002)	DHOS / ATIH		100,0 %
Soins de court séjour privé	H.2	PMSI-MCO Privé (2002)	DHOS / ATIH		100,0 %
SOINS AMBULATOIRES				75,8 %	
Soins de Médecins				72,3 %	
Activité de 13 spécialités médicales	A.M.1	EPPM (2002)	IMS-Health		58,3 %
Actes techniques de 5 spécialités médicales	A.M.2	Enquête CCAM sur la fréquence des actes techniques (2001)	CNAMTS		13,5 %
		Observatoire national de la sénologie (SENOLOG) (2005)	FNMR		
Sages-femmes	A.M.3	SNIR (2002)	CNAMTS		0,4 %
		Publication de l'ONDPS (2003)	ONDPS		
Soins d'auxiliaires médicaux				72,6 %	
Kinésithérapeutes	A.A.1	Enquête sur l'activité des kinésithérapeutes (2001)	CNAMTS, MSA, CANAM		42,3 %
Infirmiers	A.A.2	ESPS (2000+2002)	IRDES		24,9 %
Orthophonistes	A.A.3	ESPS (2000+2002)	IRDES		4,8 %
Orthoptistes	A.A.4	ESPS (2000+2002)	IRDES		0,6 %
Soins de dentistes				100,0 %	
	A.D.1	Enquête CCAM sur la fréquence des actes bucco-dentaires (2003)	CNAMTS		100,0 %
Analyses de biologie				55,2 %	
	A.B.1	Codage de la Biologie (2002)	CNAMTS		55,2 %
MEDICAMENTS				94,8 %	
Prescriptions des 13 spécialités EPPM	M.1	EPPM (2002)	IMS-Health		83,0 %
Prescriptions des autres spécialités médicales	M.2	Codage du Médicament (2002)	CNAMTS		7,3 %
Automédication	M.3	ESPS (2000)	IRDES		1,8 %
Vaccins	M.4	Affectation directe des dépenses	AFSSAPS + LEEM		1,2 %
Contraceptifs oraux	M.5	Affectation directe des dépenses	AFSSAPS + LEEM		1,1 %
Médicaments anti-tabac	M.6	Affectation directe des dépenses	AFSSAPS + LEEM		0,4 %
AUTRES BIENS MEDICAUX				27,2 %	
Petits matériels et pansements				100,0 %	
Stérilets	B.1	Rapport du CEPS (2000)	CEPS		100,0 %
TOTAL CSBM				75,5 %	

4.1.3. La méthode d'identification des recours préventifs dans les sources de données

Cette phase de l'étude est l'une des plus délicates car elle demande une approche différenciée selon le poste et les sources considérés. Il s'agit donc d'une méthode d'identification « à géométrie variable », ce qui suppose, *a priori*, de remettre à plat toute la réflexion sur l'identification des recours préventifs à chaque nouvelle source exploitée pour un poste donné, et à chaque nouveau poste abordé. Cela étant, en pratique, certaines méthodes pourront s'avérer très similaires d'un poste à l'autre.

Pour repérer les recours préventifs, l'entrée dans les sources peut se faire de différentes façons :

- **par le diagnostic**, donc par une pathologie ou par un autre motif de recours au système de santé ;
- **par le médicament** (prescrit ou acquis) qui est communément identifié par son code CIP ou plus globalement en fonction de son appartenance à une classe pharmacologique donnée dans les classifications pharmaceutiques ATC ou EPHMRA¹⁷ ;
- **par l'acte médical**, comme un acte de biologie (codification spécifique) ou un acte technique (nomenclature CCAM¹⁸), exploité dans le cadre des actes bucco-dentaires ou des actes de mammographie ;
- etc.

L'identification d'un recours préventif dans une source donnée peut se faire en combinant ces modalités. Par exemple, pour repérer la prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires dans les soins de médecins, et notamment pour éliminer certaines complications cardiaques ou comorbidités excluanes, on s'appuiera sur la source EPPM en se basant sur deux informations : le diagnostic (code CIM 10) et le médicament (code CIP).

17 La classification ATC (Anatomical Therapeutic Classification) a été développée par l'OMS en enrichissant la classification EPHMRA déjà existante (construite elle par la European Pharmaceutical Marketing Research Association). Toutes deux sont donc très semblables, fondées sur une logique commune de classement par grand appareil (digestif, cardio-vasculaire, génital, etc.).

18 La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) est une liste unique de libellés et de codes à destination de l'ensemble des professions de santé. Elle correspond à la refonte de deux nomenclatures déjà existantes : la NGAP et le CDAM. Cette unification dans la codification des actes médicaux va permettre de garantir la cohérence des systèmes d'information médicalisés.

Au final, le choix d'inclure ou non un recours aux soins dans le champ des « actions préventives » a été fait par l'équipe de médecins de l'étude, avec une part de subjectivité inévitable, mais en s'appuyant le plus possible sur la littérature et sur les opinions des experts.

4.1.4. Les cas particuliers

Le principe général de la démarche méthodologique qui vient d'être exposé connaît deux exceptions notables. Celles-ci doivent être explicitées.

La première exception concerne la méthode de valorisation des dépenses de prévention dans les sources de données. Certaines sources présentant des effectifs faibles alliés à un nombre important de valeurs manquantes pour les éléments de valorisation monétaire, seule la structure en volume sera prise comme clé de répartition entre activité curative et préventive : c'est le cas pour la plupart des soins d'auxiliaires médicaux (infirmiers libéraux, orthophonistes, orthoptistes) dont les données d'activité sont tirées de l'enquête ESPS.

La seconde exception concerne la procédure de calage et le calcul d'un taux de couverture d'une source de données par rapport à un poste (ou un sous-poste) de la CSBM. En effet, quelques sources permettent de couvrir totalement certaines fractions de l'activité préventive et des dépenses associées. Le montant obtenu est alors affecté tel quel, sans passer par une procédure de calage : il s'agit d'une affectation directe. Ce faisant, nous dérogeons au principe qui veut que toutes les sources de données soient strictement disjointes. Il existe donc d'autres sources qui sont susceptibles de contenir des consommations relatives à ce motif : il faut en tenir compte dans le calage de ces sources pour ne pas risquer de doubles comptes.

C'est le cas par exemple des médicaments anti-tabac : les données de vente de l'AFFSAPS permettant de couvrir l'ensemble de ces produits vendus en 2002, il faudra en l'occurrence défalquer le montant (en prix public 2002) de ceux correspondants aux autres sources (obtenus après calage), utilisées pour le poste des médicaments et susceptibles de contenir des prescriptions ou des acquisitions de tels médicaments.

4.2. Méthode d'identification et de valorisation des motifs préventifs dans la CSBM

La méthodologie appliquée ici est voisine de celle employée dans la ventilation des Comptes de la santé par pathologie¹⁹. Cela étant, la présente étude sur la prévention possède également de nombreuses spécificités méthodologiques : en particulier, il a fallu identifier les actions préventives et les rattacher au tableau de classement de la prévention de manière systématique pour les différentes sources de données. Pour cela, l'équipe de l'IRDES a dû dresser des listes des recours et des consommations préventives, des comorbidités excluantes, etc. Bien que ces listes soient essentielles dans notre réflexion et dans la compréhension de la méthode, elles sont trop nombreuses et trop volumineuses pour être fournies ici : elles sont donc regroupées dans un fichier Excel librement accessible en téléchargement sur le site de l'IRDES (<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/Rap1706/DepensesPreventionEnFranceMethode.xls>). À chaque fois que cela est nécessaire, nous effectuons un renvoi à ce fichier et à la liste concernée (sous la forme « *nom de l'onglet* »).

Certains motifs préventifs ont un mode d'identification et de valorisation commun pour une même source de données : leurs traitements méthodologiques sont donc regroupés.

4.2.1. Les soins hospitaliers de court séjour

La prévention paraît marginale dans l'activité hospitalière. Seules les consultations externes et les hospitalisations de moins de 24h dans le court séjour peuvent être concernées par la prévention, principalement pour des motifs de recours non strictement pathologiques (chapitres 20 et 21 de la CIM 10). En effet, l'activité de moyen séjour est exclusivement curative – si on fait abstraction de la visée préventive des rééducations et de la réadaptation – et les soins de psychiatrie sont uniquement consacrés à la prise en charge de cas lourds, très en aval du champ de la prévention. Quant aux soins de longue durée et en sections de cures médicalisées, ils sont désormais comptabilisés avec les dépenses médico-sociales et ne font plus partie de la CSBM dans les Comptes de la santé²⁰.

Le travail se fait séparément pour le court séjour public et privé mais la méthode est la même dans les deux cas.

Sources H.1 et H.2 : PMSI MCO (public et privé), 2002

Identification

L'activité de court séjour est répartie en trois types de séjours dans le PMSI-MCO :

- les séjours d'hospitalisation complète ;
- les séjours d'hospitalisation de moins de 24 heures ;
- les séances (épuration extra-rénale, chimiothérapie pour tumeur, radiothérapie, etc.) et les consultations.

Dans notre analyse, nous ne nous basons que sur les diagnostics principaux : nous n'utilisons aucune information plus détaillée du PMSI comme les diagnostics associés et les actes traceurs. Les motifs dont la nature préventive dépend des comorbidités sont donc exclus du champ de la prévention pour ce poste, car il est impossible d'isoler les seuls recours préventifs correspondant à ces motifs.

Le champ de la prévention pour ce poste est donc réduit :

- aux motifs de recours qui ne sont ni des maladies, ni des traumatismes ou des causes externes de morbidité, c'est-à-dire les codes diagnostics appartenant au chapitre 21 de la CIM 10 intitulé « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé »²¹ (cf. liste « *HOSPI- sélection motifs Z* ») ;
- à quelques pathologies ne nécessitant pas formellement la connaissance des diagnostics associés, comme par exemple les carcinomes *in situ* ou les primo-infections tuberculeuses (cf. liste « *HOSPI- sélection diags* »).

Pour les codes Z identifiés comme préventifs, une procédure de contrôle supplémentaire a été mise au point afin de confirmer leur nature préventive.

19 Pour certaines informations spécifiques, il est donc conseillé de consulter le rapport de l'IRDES « Des comptes de la santé par pathologie : un prototype pour l'année 1998 », plus particulièrement le chapitre 2 concernant la méthode (Paris *et al.* 2003).

20 Toutefois, ces soins de longue durée sont bien intégrés dans le

calcul final de la DCS et font partie intégrante de la dépense nationale de santé utilisée par l'OCDE pour les comparaisons internationales.

21 Par souci de simplicité, nous appellerons généralement ces motifs de recours « codes Z » (leur codage CIM 10 débutant toujours par la lettre Z).

Cette procédure est basée sur le GHM²² qui est le plus fréquemment associé au motif en Z considéré (ce dernier étant le diagnostic principal du séjour). Cette information permet de savoir si le code Z étudié est en rapport ou non avec l'atteinte d'un organe (bilan, suivi) ou pas et, de plus, elle tient compte du type de séjour, c'est-à-dire du fait qu'il s'agisse d'une hospitalisation inférieure à 24 heures, d'une hospitalisation complète ou d'une séance.

Par exemple, dans le cas d'un « examen de l'adolescent en cours de croissance » (code Z00.3 de la CIM 10), le GHM le plus fréquemment associé est le GHM n°823, intitulé « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé : ambulatoire, sans acte opératoire ». Ce GHM correspond à un séjour de moins de 24 heures qui n'a pu être relié à l'atteinte d'un organe : cela confirme qu'il s'agit bien, *a priori*, d'un recours préventif et les dépenses relatives aux séjours comportant ce code Z comme diagnostic principal seront bien comptabilisées.

Il s'avère, d'ailleurs, que les GHM analysés permettent de confirmer la nature préventive des séjours dans la quasi-totalité des cas.

Valorisation

Les coûts d'hospitalisation sont fournis *via* l'échelle nationale de coûts MCO, pour l'année 2002. Ils sont exprimés initialement en unités de volume (points ISA) en euros dans le PMSI-MCO 2002 (basés sur les montants en points ISA) et directement associés aux diagnostics principaux. Les montants concernant les deux premiers types de séjours sont redressés par la DREES, pour tenir compte de l'activité des établissements ne participant pas au PMSI, contrairement aux données relatives aux séances. Ainsi, les données utilisées sont redressées pour l'hospitalisation complète et inférieure à 24 heures, et brutes pour les séances.

4.2.2. Les soins ambulatoires

4.2.2.1. Les soins de médecins

Source A.M.1 : Étude Permanente sur la Prescription Médicale, 2002

Cette étude présente les motifs de recours aux séances mais pas les honoraires associés.

²² Les GHM sont les « Groupes Homogènes de Malades » dans lesquels sont classés les séjours hospitaliers selon la classification du PMSI. Ils sont regroupés au sein de 24 Catégories Majeures de Diagnostic (CMD).

La valorisation des séances est alors effectuée à partir de plusieurs informations disponibles dans EPPM concernant le praticien et de quelques données annexes :

- la spécialité du médecin,
- le lieu de la séance (c'est-à-dire le codage en C ou en V de la séance),
- le type de sectorisation du médecin (secteur 1 ou 2),
- le lieu d'exercice.

Le calcul des honoraires est différencié en tenant compte de tous ces éléments, comme le supplément forfaitaire lors des visites quand le lieu d'exercice est Paris.

Des données manquantes concernent le type d'actes effectués. Elles nécessitent de faire appel à des informations du SNIR *via* la base de données Eco-Santé²³, pour obtenir les proportions moyennes de consultations et de visites par spécialité.

Un coefficient d'extrapolation par médecin et par séance (calculé par IMS-Health) permet de généraliser les données à la France entière.

a) Obésité, alcool, tabac, contraception, toxicomanie, comportements sexuels à risque, tumeurs *in situ*, dysplasie du col de l'utérus, primo-infection tuberculeuse, troubles de l'odontogenèse (âge inférieur à 16 ans), coups de soleil, strabisme (âge inférieur à 6 ans), dyslexie

L'illustration de la méthode s'appuie sur le motif préventif concernant la prise en charge de l'obésité (non compliquée), mais cette méthode vaut pour l'ensemble des motifs préventifs listés ci-dessus.

Identification

- 1) À partir de l'ensemble des séances présentes dans EPPM, seules les séances présentant un diagnostic d'obésité sont retenues (*cf. liste « MEDLIB- a) sélection séances »*).
- 2) On retire de ces séances celles associant à l'obésité, des comorbidités synonymes de

²³ La base Eco-Santé, produite par l'IRDES, rassemble sur une longue période, les principales séries statistiques sur l'évolution du système de santé et de son environnement économique, social et démographique.

complications, afin de ne sélectionner que les séances de prise en charge de l'obésité supposée non compliquée et de ce fait réellement préventives (cf. liste « MEDLIB- a) exclusion comorb »).

Valorisation

Les séances finalement retenues sont valorisées en effectuant un partage des coûts, c'est-à-dire qu'elles sont comptabilisées au prorata du nombre de diagnostic(s). Par exemple, pour une séance présentant 3 diagnostics (un diagnostic d'obésité et deux comorbidités non « excluantes » puisque celles-ci ont été retirées), seul un tiers du coût de la séance, calculé à partir des éléments décrits dans l'introduction de cette source, sera compté au titre de la prévention.

Nous réalisons un tel partage des coûts car, dans le cas d'une séance de médecins présentant plusieurs motifs, nous ne sommes pas en mesure de hiérarchiser ces motifs selon leur importance ou selon le temps qui leur est respectivement consacré par le médecin. Ainsi nous ne pouvons effectuer une affectation pondérée du coût de la séance aux différents diagnostics. De plus, dans ce cas de figure, il est impensable d'affecter l'intégralité du coût de la séance au motif préventif qui nous intéresse car cela surestimerait les dépenses de prévention au final et cela ne serait pas cohérent avec les principes méthodologiques des Comptes par pathologie que nous avons repris ici.

b) Hypertension artérielle, hyperlipidémies, diabète, suivi de la grossesse normale

L'illustration de la méthode s'appuie sur le motif préventif concernant la prise en charge de l'hypertension artérielle (non compliquée), mais cette méthode vaut également pour les hyperlipidémies, le diabète et le suivi de grossesse normale.

Identification

- 1) À partir de l'ensemble des séances présentes dans EPPM, seules les séances enregistrant un diagnostic d'HTA seront retenues (cf. liste « MEDLIB- b) sélection séances »).
- 2) On enlève de ces séances celles présentant des comorbidités signifiant des complications d'HTA (cf. liste « MEDLIB- b) exclusion comorb »).
- 3) Un deuxième filtre est appliqué aux séances issues de l'étape 2) : on va retirer celles dont

les prescriptions de médicaments associées signent une complication de l'HTA (par exemple les médicaments cardiaques dévolus au traitement de l'infarctus). Cf. liste « MEDLIB- b) exclusion médics »).

Les médicaments « excluants » de séances pour l'HTA le sont aussi pour deux autres motifs cardio-vasculaires : hyperlipidémies et diabète. Mais dans le cas du diabète, des médicaments supplémentaires vont également signifier l'exclusion de certaines séances : il s'agit de médicaments suggérant des complications non cardiaques mais spécifiques du diabète, comme des affections ophtalmologiques ou dermatologiques. La liste de ces médicaments a été constituée à partir des séances pour diabète de type 2 (celles contenant des comorbidités excluantes du diabète ayant été retirées).

Valorisation

Les séances finalement retenues sont valorisées en effectuant un partage des coûts, c'est-à-dire qu'elles sont comptabilisées au prorata du nombre de diagnostics.

c) Les carences nutritionnelles

Identification

- 1) À partir de l'ensemble des séances présentes dans EPPM, on sélectionne celles associant des prescriptions de médicaments dévolus au traitement des carences nutritionnelles. Cette liste de médicaments a été constituée à partir du Sempex-Vidal®, sur la base de l'indication AMM « prévention des carences » (cf. liste « MEDLIB- c) sélection séances »).
- 2) Parmi les séances retenues à l'étape 1), certaines d'entre elles présentent des diagnostics de pathologies graves, ou synonymes de carences nutritionnelles installées (comme l'anémie) : elles sont retirées (cf. liste « MEDLIB- c) exclusion comorb »).

Valorisation

Les séances finalement retenues sont valorisées en effectuant un partage des coûts, c'est-à-dire qu'elles sont comptabilisées au prorata du nombre de diagnostic(s) correspondant à une mesure prophylactique.

d) Le paludisme

Identification

- 1) À partir de l'ensemble des séances d'EPPM, on sélectionne celles présentant des prescriptions de médicaments antipaludéens (cf. liste « MEDLIB- d) sélection séances »).
- 2) Parmi les séances retenues à l'étape 1), on ne va retenir que celles associant au moins un diagnostic correspondant à une mesure prophylactique (codes CIM Z29).

Valorisation

Là encore, les séances finalement retenues sont valorisées selon le principe du partage des coûts.

e) Les motifs de recours aux services de santé autres qu'une maladie, un traumatisme ou une cause externe (codés en Z dans la CIM 10)

Identification

À partir de l'ensemble des séances présentes dans EPPM, on ne sélectionne que les séances présentant un diagnostic codé en Z qui relève de la prévention. Cela nécessite donc un travail préalable de repérage et de codage des codes Z de la CIM 10 qui peuvent s'inscrire dans une démarche de prévention (cf. liste « MEDLIB- e) sélection séances »).

Valorisation

Les séances finalement retenues sont valorisées en effectuant un partage des coûts, c'est-à-dire qu'elles sont comptabilisées au prorata du nombre de diagnostic(s) codé(s) en Z préventif(s).

Source A.M.2 : Enquête « Classification Commune des Actes Médicaux », 2002

Cette enquête va permettre de traiter l'activité ambulatoire de quelques spécialités médicales non couvertes par EPPM et caractérisées par une proportion importante de leur activité consacrée à la réalisation d'actes techniques :

- chirurgie générale ;
- radiodiagnostic et imagerie médicale ;
- médecine interne ;

- rééducation et réadaptation fonctionnelle ;
- chirurgie orthopédique et traumatologique.

Le coût des actes techniques est renseigné dans cette enquête, en base de remboursement de l'Assurance maladie. C'est cette information qui est utilisée pour la valorisation des actes.

Identification

Cette enquête relève les actes techniques effectués par les 5 spécialités médicales précitées, sans fournir d'informations sur la pathologie ayant motivé ces actes. L'identification de la prévention va donc se faire uniquement à partir des actes fournis par l'enquête.

Une douzaine d'actes techniques sont identifiés comme préventifs : ce sont en majorité des échographies de grossesse non pathologiques et des mammographies (cf. liste « MEDLIB- sélecti° actes médicaux »).

Un traitement spécifique est appliqué aux mammographies pour évaluer au mieux celles qui relèvent de la prévention. En effet, la CCAM distingue trois types de mammographie :

- la mammographie unilatérale (code QEQK005),
- la mammographie bilatérale (code QEQK001),
- la mammographie de dépistage (code QEQK004).

La dernière relève de la prévention, comme son libellé l'indique. La première n'est pas d'ordre préventif, puisqu'elle suppose la surveillance d'une pathologie avérée : elle ne fait donc pas partie des actes retenus dans le cadre de notre étude.

Un doute subsiste donc sur la mammographie bilatérale.

Des données nous ont été fournies par l'observatoire national de la pratique mammographique, sous l'égide de la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR). Ces informations permettent de calculer la proportion de mammographies préventives parmi les bilatérales. Elles présentent le nombre de mammographies QEQK005, QEQK001 et QEQK004 effectuées par les radiologues participant au recueil de données de l'observatoire, ainsi que les motifs associés.

Les mammographies sont regroupées par leurs motifs en 3 agrégats significatifs pour notre étude :

- celles relevant des dépistages organisés, préventifs ;
- celles relevant des dépistages individuels, préventifs ;
- celles relevant d'autres circonstances (qui comprend le suivi de pathologies existantes notamment), qui ne correspondent qu'à du curatif.

Les mammographies unilatérales sont d'ordre curatif : on les défalque de la catégorie 'autres'.

Les mammographies de dépistage correspondent aux dépistages organisés : on les défalque de cette catégorie. Les quelques mammographies de dépistage restantes sont retirées de la catégorie « autres ».

Finalement, les mammographies bilatérales sont composées de mammographies réalisées pour un motif de « dépistage individuel » (77% des cas) et pour un motif « autre » (23% des cas). Ainsi, seules les mammographies en dépistages individuels correspondent à de la prévention, soit 77% des mammographies bilatérales restantes. On peut donc considérer que ce pourcentage représente la proportion de mammographies bilatérales réalisées à titre de dépistage dans l'enquête CCAM.

Valorisation

L'enquête CCAM fournit le montant remboursable de chaque acte technique (sur l'ancienne base de tarification NGAP en 2002). On va donc sommer le montant total des actes retenus comme préventifs, en appliquant la clé de répartition entre activité préventive et curative des mammographies bilatérales.

Sages-femmes libérales

Source A.M.3 : SNIR 2002 et Rapport ONDPS sur la profession de sage-femme (Midy et al., 2004)

Lors du prototype proposé pour l'année 1998, l'activité préventive des soins de sages-femmes était estimée à dire d'expert.

Deux sources sont utilisées pour l'année 2002 :

- le SNIR, qui permet d'avoir une structure des actes de sages-femmes libérales en volume pour l'année 2002 ;
- le travail de F. Midy *et al.* sur l'activité des sages-femmes en 2002, disponible dans un rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé, qui propose une décomposition de la pratique des sages-femmes par type de tâche et qui permet un rapprochement avec les données d'activité du SNIR.

Identification

Les recours aux soins de sages-femmes retenus comme préventifs sont la rééducation périnéale et la préparation à l'accouchement. Ainsi, les informations du rapport de l'ONDPS, issues des données du fichier ERASME de la Cnamts, indiquent que :

- 73% des consultations (actes en 'C') correspondent à de la préparation à l'accouchement ;
- 70% des soins de sages-femmes (actes codés en 'SF') correspondent à de la rééducation périnéale ;

Les autres actes ne constituant *a priori* pas de la prévention, ils sont hors champ de notre étude.

Valorisation

Les actes sont valorisés à partir de la lettre-clé et du coefficient, sur la base des tarifs de convention la NGAP 2002. Finalement, en valeur, les actions préventives représentent 62% de l'activité des sages-femmes libérales.

4.2.2.2. Les soins d'auxiliaires médicaux

Kinésithérapeutes

Source A.A.1 : Enquête ponctuelle sur l'activité des masseurs-kinésithérapeutes, 2001

Identification

Cette enquête recueille les actes effectués par le kinésithérapeute et la pathologie (codée en CIM, version 10) ayant motivé le soin.

Les résultats exploités de cette enquête présentent une ligne par motif de recours avec le montant correspondant (sommé sur l'ensemble des actes motivés par cette pathologie), en base de remboursement.

Les motifs identifiés comme préventifs (*cf. liste « KINE- sélection actes »*) sont uniquement liés au suivi *post-partum* en général et à la rééducation périnéale en particulier.

Valorisation

Les montants, en base de remboursement, sont directement fournis dans les données exploitées, et présentés par code diagnostic, en CIM 10.

Infirmiers

Source A.A.2 : Enquête sur les Soins et la Protection Sociale, 2000 et 2002

Identification

Le carnet de soins ESPS présente les séances d'infirmiers réalisées par les ménages enquêtés sur une période d'un mois (données déclaratives). Ces séances relevées sont assorties des pathologies ayant motivé ce recours (recodées en CIM 10 à partir des déclarations des ménages) ainsi que des informations permettant *a priori* de reconstituer le prix des séances.

On s'appuie sur ces motifs de recours pour sélectionner les séances d'infirmiers rattachables à de la prévention (*cf. liste « INF- sélection actes »*). Il s'agit principalement de séances de vaccination et de dépistages divers.

Valorisation

Cette enquête comptant peu d'effectifs pour une année, la source exploitée est en fait la concaténation de deux années de l'enquête ESPS correspondant à 2000 et 2002.

Pour cadrer avec l'étude des Comptes par pathologie, la répartition entre activités curative et préventive se fera à partir de la structure en volume des séances. En effet, il s'avère difficile d'évaluer un prix par séance car, outre l'importante proportion de valeurs manquantes servant au calcul de cette information, quand un prix est indiqué il englobe généralement plusieurs séances.

Orthophonistes

Source A.A.3 : Enquête sur les Soins et la Protection Sociale, 2000 et 2002

Identification

La méthode est la même que pour les séances d'infirmiers : on va sélectionner les séances d'orthophonistes à valoriser en s'appuyant sur les motifs de recours disponibles en CIM 10.

Le seul recours préventif identifié parmi les prises en charge des troubles du langage concerne la dyslexie (code R48 de la CIM10). Toutefois, dans notre approche du champ de la prévention, nous avons choisi de nous limiter aux cas où la prise en charge concerne des moins de 16 ans.

Une vérification dans ces données ESPS et dans les données d'activité des médecins généralistes du panel EPPM (Ims-Health) nous confirme que plus de 90% des séances pour dyslexie concernent bien des enfants et des adolescents jusqu'à 16 ans²⁴. Nous nous appuyons sur ce constat pour conserver dans le champ de la prévention l'intégralité des séances d'orthophonistes pour dyslexie relevées dans les données ESPS 2000 et 2002.

Valorisation

Pour les mêmes raisons que celles évoquées à propos des infirmiers, l'enquête ESPS est exploitée sur 2000 et 2002, et l'estimation de l'activité préventive se fait à partir de la structure en volume des séances de ces deux années concaténées.

Orthoptistes

Source A.A.4 : Enquête sur les Soins et la Protection Sociale, 2000 et 2002

Identification

La méthode est aussi la même que pour les séances d'infirmiers : les séances préventives d'orthoptistes sont identifiées à partir des motifs de recours codé en CIM, version 10.

La seule activité reconnue comme relevant de la prévention concerne la prise en charge du strabisme pour les enfants de moins de 6 ans (code

24 Calcul de répartition par âge des patients ayant consulté un médecin généraliste pour un motif de dyslexie au cours de l'année 2002 (source : EPPM, IMS-Health) : nous appliquons le pourcentage de consultations réalisées pour les enfants de moins de 16 ans dans l'utilisation de la source ESPS.

H50 de la CIM10). Là encore, l'utilisation de EPPM comme source d'information auxiliaire²⁵ nous permet d'évaluer qu'un quart des patients traités pour strabisme a moins de 6 ans.

Valorisation

Pour les raisons abordées dans le cadre des soins d'infirmiers, l'exploitation de l'enquête ESPS se fait à partir de deux années concaténées : 2000 et 2002. L'estimation de l'activité préventive se base également sur la structure en volume des séances.

4.2.2.3. Les analyses biologiques

Source A.B.1 : le Codage de la Biologie, 2002

Identification

Cette enquête présente, par spécialité de prescripteur, l'ensemble des analyses biologiques effectuées en 2002 par les assurés du régime général, ainsi que les montants remboursables associés.

Pour ce sous-poste, on se limite aux analyses de biologie prescrites par les médecins généralistes, pour rester sur le même champ d'analyse que les Comptes par pathologie. En effet, faute d'avis d'experts biologistes qui auraient pu tenir compte de la spécialité pour relier les analyses biologiques à des pathologies différenciées selon la spécialité du prescripteur, seules les analyses prescrites par les médecins généralistes avaient été considérées.

Les actes de biologie relevant de la prévention ont été identifiés par l'équipe de médecins : ils relèvent principalement du dépistage (cf. liste « BIO-sélection analyses »).

Valorisation

Cette source indique, pour chaque acte de biologie effectué par les médecins généralistes, le montant total pour l'année 2002, en base de remboursement.

²⁵ Calcul de répartition par âge des patients ayant consulté un médecin généraliste pour un motif de strabisme au cours de l'année 2002 (source : EPPM, IMS-Health) : nous appliquons le pourcentage de consultations réalisées pour des enfants de moins de 6 ans dans l'utilisation de la source ESPS.

4.2.2.4. Les soins de dentistes

Source A.D.1 : enquête de la CNAMTS sur la fréquence des actes bucco-dentaires, 2003.

Identification

Dans le cadre du projet de refonte de la nomenclature, une enquête a été menée auprès des chirurgiens-dentistes libéraux afin d'estimer la fréquence annuelle des actes bucco-dentaires réalisés par eux. La codification des actes bucco-dentaires suit la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Cette enquête ne présente malheureusement pas d'éléments de valorisation.

Les actes techniques recueillis ont été regroupés en 4 catégories *ad hoc*, représentatives de la nature de l'activité :

- les actes diagnostiques (exemple : radiographie intrabuccale);
- les soins conservateurs (exemple : actes de prophylaxie) qui représentent plus de 50% de l'ensemble de ces quatre catégories;
- la chirurgie (exemple : parodontologie, avulsion dentaire);
- l'activité de prothèse (exemple : pose d'une prothèse amovible en résine).

L'identification des actes bucco-dentaires préventifs s'est faite à partir du libellé associé à chaque code technique, en tenant compte de la catégorie dans laquelle se trouve l'acte (cf. liste « DENTIST-sélection actes »).

Nous avons, en plus, prêté attention aux associations d'actes afin d'exclure celles qui rendaient douteuse la nature préventive de l'intervention (cf. liste « DENTIST-exclusion actes »).

Valorisation

Aucune tarification n'est disponible pour la majorité des actes bucco-dentaires relevés dans l'enquête : nous ne pouvons pas utiliser la CCAM bucco-dentaire qui n'est toujours pas tarifante en 2005.

Toutefois, nous pouvons mobiliser les données d'activité SNIR pour les dentistes pour valoriser les actes bucco-dentaires retenus comme préventifs.

En effet, les soins de dentistes y sont ventilés en catégories relativement similaires à celles propo-

sées dans l'enquête bucco-dentaire. Notre objectif est donc de superposer ces deux structures : la structure en volume des actes bucco-dentaires préventifs sélectionnés dans l'enquête permet d'obtenir une structure en dépenses, en s'appuyant sur la répartition des montants remboursables dans les données du SNIR.

Ainsi, en volume les actes bucco-dentaires préventifs sont constitués à 96 % de soins conservateurs. Nous faisons l'hypothèse que ces soins préventifs ne sont jamais concernés par les dépassements d'honoraires (ou très marginalement). Il s'agit alors de multiplier la part des soins conservateurs préventifs dans l'ensemble des actes bucco-dentaires de l'enquête (14 %) par le montant remboursable des honoraires pour soins conservateurs du SNIR 2002.

Le raisonnement est mené de façon identique pour les actes préventifs restants, qui relèvent soit de chirurgie soit d'actes diagnostiques. La part relative à ces deux catégories dans le volume total d'actes bucco-dentaires de l'enquête est multipliée par les montants remboursables de ces deux catégories issus du SNIR.

4.2.2.5. Les cures thermales

Seul le sous-poste correspondant aux cures thermales n'est pas traité dans notre processus de repérage de la prévention. Pourtant, il existe vraisemblablement des cas de cures thermales s'inscrivant dans une démarche préventive – par exemple les cures pour lutter contre l'obésité. Ces cas sont sûrement minoritaires, mais nous ne sommes, de toute façon, pas en mesure de les repérer par manque de données adéquates. Les données fournies par l'Union Nationale des Établissements Thermaux (UNET) utilisées dans le cadre des Comptes par pathologies ne nous permettent de connaître que les grandes orientations thérapeutiques des cures, information insuffisante pour juger du caractère préventif ou non d'une cure thermale.

4.2.3. Les médicaments

4.2.3.1. Les médicaments prescrits

Source M.1 : Étude Permanente sur la Prescription Médicale, 2002

Les informations présentes dans cette source permettent de valoriser les prescriptions de médicaments d'ordre préventif car elle contient les prix

des médicaments et le nombre de boîtes prescrites : il faut donc simplement multiplier le prix par le nombre de boîtes prescrites. Un coefficient d'extrapolation indiqué par séance permet de généraliser les données à la France entière.

a) Obésité, alcool, primo-infection tuberculeuse

L'illustration de la méthode se base sur l'exemple des médicaments relatifs à la prise en charge de l'obésité (non compliquée), mais cette méthode vaut pour l'ensemble des motifs préventifs présentés en a).

Identification

La méthode est identique à celle employée pour les soins de médecins :

- 1) À partir de l'ensemble des séances présentes dans EPPM, seules celles présentant un diagnostic d'obésité sont retenues (cf. liste « MEDIC- a) sélection motifs »).
- 2) On retire de ces séances celles associant des comorbidités synonymes de complications d'obésité afin de ne sélectionner que les séances de prise en charge de l'obésité non compliquée (cf. liste « MEDIC- a) exclusion comorb »).

Valorisation

Parmi les séances issues de l'étape 2), on ne va valoriser que les prescriptions de médicaments spécifiquement dédiés à la prise en charge de l'obésité non compliquée.

Cette liste de médicaments a été créée grâce aux données du Sempex-Vidal®, à partir de l'indication AMM « obésité » (cf. liste « MEDIC- a) valorisation médics »).

Les prescriptions sont valorisées à partir des prix officiels de l'année 2002.

b) Hypertension artérielle, hyperlipidémies, diabète, suivi de la grossesse normale

L'exemple s'appuie sur la prise en charge préventive non compliquée de l'hypertension artérielle mais cette méthode vaut pour l'ensemble des motifs préventifs présentés en b).

Identification

Là encore, la méthode est identique à celle employée pour les soins de médecins :

- 1) Parmi l'ensemble des séances présentes dans EPPM, les séances motivées par un diagnostic d'HTA sont sélectionnées (cf. liste « MEDIC- b) sélection motifs »).
- 2) On retire de ces séances celles associant des comorbidités synonymes de complications (cf. liste « MEDIC- b) exclusion comorb »).
- 3) On va retirer des séances issues de l'étape 2) celles présentant des prescriptions de médicaments signant une complication de l'HTA.

Les médicaments retenus comme excluants pour l'HTA le sont également pour les deux autres motifs cardio-vasculaires (hyperlipidémies et diabète). Dans le cas du diabète, des médicaments supplémentaires sont excluants : ils correspondent à des médicaments spécifiquement synonymes de complication d'une prise en charge du diabète. La liste de ces médicaments a été constituée de la même manière que les médicaments excluants de l'HTA (cf. liste « MEDIC- b) exclusion médocs »).

Valorisation

Parmi les séances issues de l'étape 3), nous n'allons valoriser que les prescriptions de médicaments spécifiquement dédiés à la prise en charge de l'HTA non compliquée. Cette liste de médicaments a été obtenue en sélectionnant toutes les spécialités portant l'indication « Hypertension artérielle » dans leur AMM. Puis cette sélection a été analysée et certains médicaments très spécifiques ont été écartés de la liste finale. Le travail a donc combiné une étape de détection automatique et une sélection spécifique sur la foi d'une expertise médicale. Le résultat final pour l'HTA et pour les autres facteurs de risque du b) est disponible dans la liste « MEDIC- b) valorisation médocs ».

Les prescriptions sont toujours valorisées de la même manière, en utilisant les prix officiels de 2002.

c) Toxicomanie

Pour ce motif préventif et pour ce poste, l'entrée dans la source EPPM va se faire par le médicament, en se basant sur la classification ATC (*Anatomical Therapeutic Classification*).

Identification

- 1) Les séances d'EPPM qui présentent des prescriptions de médicaments appartenant à la classe N07BC (« Médicaments utilisés dans la dépendance aux opioïdes ») sont sélectionnées.
- 2) Un deuxième filtre est appliqué à ces séances en retirant toutes celles comportant des comorbidités synonymes de complication de la prise en charge de la toxicomanie (cf. liste « MEDIC- c) exclusion comorb »).

Valorisation

On ne va valoriser, parmi les séances finalement sélectionnées, que les prescriptions de médicaments relevant de la classe ATC N07BC car nous ne sommes pas certains que tous les autres produits prescrits au cours de ces séances concernent la lutte contre la toxicomanie.

d) Carences nutritionnelles

Identification

On ne sélectionne que les séances présentant des prescriptions de médicaments spécifiquement dédiés au traitement des carences nutritionnelles, sans introduire de critère de sélection sur la nature des diagnostics posés lors des séances.

Ces médicaments ont été obtenus à partir de l'indication AMM « carences » et de la sous-catégorie « prévention des carences » des données du Sempex-Vidal® (cf. liste « MEDIC- d) sélection médocs »).

Valorisation

La valorisation ne porte donc que sur les médicaments ainsi sélectionnés.

e) Paludisme

Identification

Parmi l'ensemble des séances présentées dans EPPM, seules celles présentant comme prescriptions des médicaments antipaludéens sont retenues (cf. liste « MEDIC- e) sélection médocs »).

Valorisation

Les prescriptions des séances sélectionnées vont être valorisées uniquement si le diagnostic associé est un code correspondant à une mesure prophylactique (code Z29 de la CIM10).

f) Les motifs de recours aux services de santé autres qu'une maladie, un traumatisme ou une cause externe (codés en Z dans la CIM 10)

Identification

Seules sont sélectionnées les séances d'EPPM qui présentent des motifs de recours codés en Z et reconnus comme préventifs (cf. liste « MEDIC-f) sélection motifs »).

Valorisation

À partir des séances retenues, seules les prescriptions appartenant à une liste de médicaments désignés comme « intrinsèquement préventifs » sont valorisées. Cette liste est construite par une expertise interne à partir d'une liste plus globale comprenant tous les médicaments comportant le mot « prévention » dans leur indication AMM. Cela dit, certains de ces médicaments sont déjà valorisés pour d'autres motifs de prévention, et indépendamment du diagnostic rattaché. Il s'agit :

- des médicaments prescrits en traitement préventif des carences nutritionnelles (cf. *paragraphe d) de la section 4.2.3*);
- des vaccins, contraceptifs oraux et médicaments anti-tabac, dont les dépenses font l'objet d'affectations directes au niveau macro-économique (cf. *page 84*).

Tous ces médicaments sont évidemment retirés de la liste utilisée dans cette étape. Il reste un ensemble d'une cinquantaine de produits dont les prescriptions sont valorisées au titre de la prévention lorsqu'elles sont reliées à l'un des motifs Z retenus comme préventifs : hypolipémiants, anti-tiémétiques, etc. (cf. liste « MEDIC- f) valorisation médocs »).

Source M.2 : Codage du médicament, 2002

Identification

Cette source présente les montants remboursables de dépenses de médicaments des assurés du régime général en 2002. Ces données sont disponibles pour chaque spécialité pharmaceutique individuellement (identifiée par son code CIP).

Les médicaments identifiés comme préventifs dans cette source sont ceux dédiés à la prise en charge des carences nutritionnelles car ce sont les seuls que nous avons inclus dans le champ de la prévention quel que soit le motif de prescription

posé lors de la séance : ce sont donc des produits qui peuvent être considérés comme « intrinsèquement préventifs » indépendamment du contexte clinique associé (liste extraite à partir du Sempex-Vidal®, cf. « MEDIC- d) sélection médocs »).

Valorisation

Le codage du médicament est fourni par l'Assurance Maladie et les montants relatifs à chaque médicament sont disponibles directement (on prend les montants en base de remboursement).

Il faut préciser que le champ des données du codage du médicament, telles qu'elles sont utilisées ici, est bien disjoint de celui de l'enquête EPPM. C'est pourquoi nous pouvons valoriser des acquisitions de produits déjà valorisés dans EPPM sans risque de double compte.

4.2.3.2. Les médicaments acquis sans prescription (automédication)

Source M.3 : Enquête sur les Soins et la Protection Sociale, 2002

Identification

L'enquête ESPS a déjà été exploitée pour l'activité des auxiliaires médicaux. Mais ici, nous ne pouvons pas utiliser le carnet de recueil des consommations de soins car les acquisitions de médicaments n'y sont plus relevées depuis 2000. À défaut, nous utilisons le questionnaire ESPS portant sur la « pharmacie de la veille », qui relève l'ensemble des médicaments consommés par les enquêtés durant une journée²⁶. Le motif diagnostique de ce recours à l'automédication (recodé en CIM 10) est connu.

Seules sont sélectionnées les consommations pour les médicaments qui n'ont pas été prescrits par un médecin mais achetés par les enquêtés de leur propre chef. La liste ainsi constituée est analysée : nous identifions un certain nombre de couples « médicaments / diagnostics » relevant indéniablement de prévention. Il s'agit essentiellement de vitamines et de suppléments minéraux (cf. liste « MEDIC- automédication »).

Valorisation

L'utilisation de ces données en vue d'une valorisation monétaire nécessite une double approximation.

²⁶ Il s'agit bien de consommations et non d'acquisitions.

D'une part, le recueil étant fondé sur la consommation de médicaments sur une seule journée, les quantités déclarées sont faibles et exprimées en nombre de comprimés ou d'unités de volumes : il est donc nécessaire de réaliser une extrapolation pour reconstituer des volumes de consommations globaux en nombre de boîtes.

D'autre part, la valorisation de ce nombre de boîtes calculé est également problématique, car contrairement aux médicaments délivrables sur ordonnance, les prix des médicaments acquis en automédication sont très hétérogènes sur le marché officinal. Nous sommes contraints d'utiliser des prix moyens constatés en officine pour chaque médicament identifié.

Ce sont ces deux étapes successives qui nous permettent de reconstituer une structure de dépenses d'automédication à visée préventive.

4.2.3.3. Procédures d'affectations directes pour certaines catégories de produits

Source M.4 : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), 2002

Il s'agit de données de l'AFSSAPS qui rendent compte de la totalité des unités produites par les laboratoires et vendues aux grossistes, pour trois classes de médicaments retenues :

- les vaccins (classe ATC J07),
- les médicaments anti-tabac (extraction de la classe N07B),
- les contraceptifs oraux (classe G03A).

Les données fournies par l'AFSSAPS concernent la totalité des ventes au marché officinal et hospitalier en 2002 ; les montants sont exprimés en prix fabricants hors taxe.

En exploitant ces données, il n'y a donc pas de procédure de calage à effectuer. Par ailleurs, puisqu'il s'agit de données macro-économiques (avec l'exhaustivité des ventes) nous sommes en mesure de donner des montants associés, contrairement aux cas précédents qui portaient sur des échantillons d'activité de médecins où les montants ne sont pas directement exploitables.

a) Vaccins

Une partie des vaccins produits en 2002 est présentée dans l'agrégat « Consommations de ser-

vices de prévention » de la Consommation Médicale Totale des Comptes de la santé. Il s'agit du montant relatif aux vaccins financés par les collectivités locales et le FNPEIS.

Le reste des vaccins, financés par l'Assurance maladie et les ménages, et qui sont inclus dans la CSBM, concerne les ventes en officine et en hôpital. En prix publics 2002, 281 millions d'euros sont à imputer aux ventes en ville et 37 millions d'euros concernent la délivrance à l'hôpital (prix publics 2002).

L'ensemble des vaccins relève de la prévention mais tous ne se réfèrent pas à un programme de santé publique : c'est le cas des vaccins délivrés aux voyageurs (fièvre jaune, etc.), non inclus dans les recommandations du calendrier vaccinal 2002.

La connaissance des données de ventes, non seulement pour la totalité de la classe J07 mais aussi d'une répartition spécifique des vaccins en vaccins obligatoires, recommandés et autres (issue également de données de l'AFSSAPS) a permis de faire cette distinction « programme de santé publique » et « hors programme de santé publique ».

b) Médicaments anti-tabac

Les données fournies par l'AFSSAPS concernent les médicaments anti-tabac délivrés en officines de ville et à l'hôpital. L'ensemble de ces médicaments (gommes, patchs...) destinés au traitement de la dépendance tabagique relève de la prévention.

Les données sont en fait les chiffres d'affaires des fabricants hors taxe. Un coefficient d'extrapolation est appliqué pour passer aux prix publics 2002 : ce coefficient vaut 1,92 et il a été calculé à partir de la confrontation des prix hors taxe des fabricants et des prix publics constatés.

c) Contraceptifs oraux

Les données sur les contraceptifs oraux fournies par l'AFSSAPS correspondent aussi aux chiffres d'affaires 2002 hors taxes des fabricants.

Pour obtenir des prix publics 2002, deux coefficients d'extrapolation sont utilisés, selon qu'il s'agit de médicaments remboursables ou non.

En effet, une publication du LEEM (LEEM, 2003) indique que, pour les produits remboursables, le chiffre d'affaires des fabricants (c'est-à-dire hors

taxes et hors marge du grossiste) constitue, en moyenne, 65 % du prix public final en 2002. C'est cette information qui est utilisée pour calculer le prix public 2002 des contraceptifs oraux remboursables.

Le coefficient d'extrapolation utilisé pour les médicaments anti-tabac concerne des produits en majorité non remboursables : on réutilise donc ce coefficient de passage de 1,92 pour obtenir le prix public 2002 des contraceptifs oraux non remboursables.

4.2.4. Les autres biens médicaux

Cet agrégat des Comptes de la santé comporte trois sous-postes :

- les dépenses d'optique,
- les dépenses de prothèses, d'orthèses et de VHP (véhicules pour handicapés physiques),
- les dépenses relatives aux petits matériels et pansements.

Aucune source ne permet d'identifier de la prévention au sein du sous-poste 'optique' (correction du strabisme chez les jeunes enfants) et le deuxième sous-poste contient uniquement des dépenses curatives. Seul le dernier sous-poste comporte des biens médicaux à visée préventive qui sont identifiables : il s'agit des contraceptifs intra-utérins.

Source B.1 : Rapport d'activité du Comité Économique des Produits de Santé (CEPS), 2000

Ce rapport est édité chaque année mais, en 2000, le CEPS a fourni un niveau de détail des dépenses de biens médicaux jamais reproduit, qui permet d'isoler les dépenses de stérilets.

Les taux d'accroissement globaux du sous-poste relatif aux petits matériels et pansements dont font partie les contraceptifs intra-utérins sont disponibles. On applique donc ces coefficients pour obtenir le montant de 2002 relatif aux stérilets : 17,2 millions d'euros.

4.3. Les limites de notre mode d'estimation

Nous abordons ici l'ensemble des limites techniques et méthodologiques qui impactent notre estimation des dépenses de prévention. Certaines

sont inhérentes au contexte de notre étude et, plus largement, aux études de valorisation médico-économiques ; d'autres sont imputables aux carences des sources de données mobilisées.

4.3.1. Les limites liées au contexte de l'étude

Tout d'abord, notre travail s'appuie sur les Comptes de la santé, ce qui restreint forcément le champ de la prévention considéré. En effet, la logique de construction des Comptes de la santé est de relever les actions financées par l'État et par l'Assurance maladie qui s'inscrivent dans le système sanitaire (à quelques exceptions près). Ainsi, dans une conception théorique et plus globale de la prévention, on conçoit que le champ des Comptes de la santé ne peut capturer qu'une partie des actions menées avec l'objectif de préserver la santé. Les résultats de notre étude sont donc contraints par le champ des CNS et par les frontières du système de santé (cf. § 2.1 page 31).

D'autre part, notre étude pâtit de certaines limites consubstantielles à un exercice d'estimation économique, fondé ici sur un processus de répartition descendante des montants de la comptabilité nationale. Ces limites sont renforcées par le fait que ce travail s'inscrit dans la continuité des Comptes par pathologie, et qu'il en reprenne naturellement les grands principes méthodologiques :

- 1) Certains de ces principes ne sont pas totalement adaptés à la volonté d'estimer des dépenses de prévention.
- 2) Dans certains cas, l'obligation de compatibilité entre ce travail et les Comptes par pathologie qui nous est imposée réduit notre marge de manœuvre méthodologique et la possibilité de recourir à des sources d'information plus spécifiquement dédiées à la prévention.

Le premier point fait référence à l'ensemble des limites propres à la méthode employée dans les Comptes par pathologie. Cette méthode consiste, en résumé, à utiliser des sources de données individuelles permettant de faire des valorisations internes grâce au repérage de certaines consommations de soins puis de calculer des clés de répartition qui sont, dans un dernier temps, affectées aux dépenses des postes de soins des Comptes de la santé. Une telle façon de faire présente un premier défaut évident par rapport aux approches plus micro-économiques, et notamment aux études de type *micro-costing*²⁷ : celui de raisonner

²⁷ Les techniques de *micro-costing* cherchent à décomposer finement

au niveau des « actes » ou des « occurrences » de soins qui peuvent être individualisés sans permettre d'identifier plus en détail le contenu ou le contexte de ces occurrences de soins. Ainsi, notre étude raisonne successivement en termes de consultations, de médicaments, d'analyses médicales, d'actes techniques, etc. sans jamais s'appuyer sur des informations plus fines. Par exemple, il est impossible de caractériser l'activité des médecins à un niveau infraconsultation, alors que le contenu d'une consultation peut pourtant révéler des contacts informels entre le médecin et le patient axés sur la prévention et le conseil. Ainsi, pour un médecin généraliste, la prise de tension systématique, la pesée, le questionnement sur les antécédents médicaux ou familiaux, etc. relèvent d'une démarche préventive intégrée dans sa pratique quotidienne et indémêlable de son activité curative. À moins que le médecin n'ait fait figurer explicitement certains de ces contacts avec le patient parmi les motifs de recours à la consultation, ces différentes dimensions préventives de la consultation échappent totalement à notre identification. De toute façon, la plupart de ces tâches ne sont pas quantifiables et ne pourraient pas être valorisées monétairement sans une analyse spécifique du contenu des consultations.

Le second point soulevé renvoie à un problème plus technique, qui est celui des sources de données : nous l'abordons dans la section suivante.

4.3.2. Les carences des sources de données

En nous inscrivant dans le cadre méthodologique des Comptes par pathologie, nous devons réemployer les sources de données qui y ont été utilisées. Dans la majorité des cas, ce n'est pas une contrainte mais bien un avantage puisque nous sommes confrontés, pour la plupart des domaines d'activité médicale, à l'absence de données adéquates pour repérer et estimer les dépenses de prévention. Néanmoins, cette étude souffre des mêmes limites techniques que le travail des Comptes par pathologie, à savoir :

- une absence de sources de données récentes et fiables pour certaines activités de soins ;
- et, surtout, des carences dans les sources de données existantes, dont le niveau de détail dans le recueil de l'information n'est pas forcément

adapté au repérage des actions à vocation préventive.

Le choix d'une méthode globale et calquée sur celle des Comptes par pathologie pour estimer les dépenses de prévention induit donc le même type de limites sur l'absence de sources de données et sur la proportion de dépenses de la CSBM couvertes : dans la présente étude, seules 75% des dépenses de la CSBM sont couvertes par les sources utilisées et sont concernées dans le processus d'identification de la prévention.

Toutefois, ce problème est beaucoup moins gênant dans ce travail sur la prévention que dans les Comptes par pathologie puisque, pour la plupart des postes de dépenses non couverts, il existe une forte présomption que la prévention y soit marginale ou inexistante. Par exemple, nous n'avons pas traité les soins hospitaliers de moyen et de long séjour car il est évident qu'ils sont essentiellement curatifs²⁸. Il en va de même pour les « transports médicaux ».

Ce problème se pose, en revanche, avec plus d'acuité pour les cures thermales, les autres biens médicaux et l'activité des auxiliaires médicaux. Pour les deux premiers postes cités, il y a une absence pure et simple de données utilisables, alors qu'il est fort probable que le poste « Autres biens médicaux » contienne des dépenses d'optique à visée préventive, comme les lunettes utilisées chez l'enfant de moins de 6 ans pour corriger le strabisme. Pour l'activité des auxiliaires médicaux, nous avons eu recours à des données d'enquête en population générale pour construire des extrapolations reposant sur de faibles effectifs et qui sont peu satisfaisantes (cf. *paragraphe 4.2.2.2*).

Parallèlement, certaines sources de données qui ont été déclarées éligibles dans la perspective du travail de Comptes par pathologie ne se prêtent pas forcément à un travail de repérage des actions de prévention, car elles ne fournissent que des informations sur la morbidité, la nature de l'acte ou du bien médical qui sont peu adaptées à notre objectif. En effet, si ce type d'information peut s'avérer satisfaisant pour affecter des dépenses par grand chapitre de pathologie, c'est souvent insuffisant pour déterminer si certaines actions relèvent ou non d'une démarche préventive.

Nous sommes alors confrontés à des dilemmes sur la nature réellement préventive de certaines actions médicales, face auxquels deux types de décisions sont possibles :

l'activité en différentes tâches et à quantifier l'importance de ces tâches en termes de temps consacré et/ou de ressources consommées. Il s'agit donc d'une approche très « micro », opposée à notre méthode d'estimation descendante fondée sur des agrégats macro-économiques.

²⁸ Compte tenu de la définition de la prévention adoptée, dans laquelle la réhabilitation et la réadaptation ne sont pas considérées comme des activités préventives.

- quand nous ne pouvons pas écarter le doute quant à la nature préventive de ces actions, nous choisissons de ne pas les retenir, selon le principe de définition *a minima* de la prévention fixé dans cette étude (cf. § 4.1.3);
- dans les autres cas, nous nous appuyons sur des informations subsidiaires (les comorbidités, l'âge, etc.) et sur un ensemble d'expertises et de déductions²⁹ afin d'affiner l'information et de déterminer quels recours médicaux pouvaient être considérés comme préventifs avec un niveau de certitude suffisant.

Dans ce dernier cas de figure, nous avons donc pallié les problèmes techniques par une expertise médicale et déplacé le problème du plan technique vers le plan méthodologique. Nous avons essayé de mener ces travaux d'identification de la prévention et de transcodage de manière précautionneuse et argumentée, en nous appuyant quand cela était possible sur la littérature médicale et sur les avis d'experts. Il n'en demeure pas moins que certains de ces choix sont entachés d'une part de subjectivité.

Cela étant, il faut souligner que nous ne disposons pas de toute l'information souhaitable pour décider d'inclure ou d'exclure certains recours dans le champ de la prévention en toute connaissance de cause. En particulier, les considérations sur la nature « compliquée » ou « non compliquée » de certains motifs de recours au système de soins (obésité, diabète, HTA, etc.), qui déterminent directement leur inclusion ou non dans le champ de la prévention, sont limitées aux informations disponibles lors d'une séance donnée. En l'absence de suivi longitudinal dans les sources de données, nous ignorons les antécédents médicaux des patients et nous ne pouvons pas nous assurer strictement que leurs facteurs de risque cardio-vasculaires ou leurs pratiques addictives n'ont pas déjà donné lieu à des complications, qui justifieraient de leur exclusion du champ de la prévention.

De ce point de vue, on peut penser que notre estimation du poids de ces actions préventives est maximale.

Abstraction faite des limites dues au rattachement de notre étude à celle des Comptes par pathologie, l'exploitation des sources de données a mis en lumière quelques problèmes techniques propres à cet objectif d'estimation de la prévention.

Quelques bases de données ne donnent pas tous les éléments pour finaliser le travail d'estimation des dépenses préventives. En particulier, l'étape d'identification est réalisable mais la valorisation des motifs préventifs retenus est impossible. C'est le cas, par exemple, de la source utilisée pour les soins de dentiste, qui ne permet pas de valoriser les actes bucco-dentaires préventifs : le recours à des sources externes (les anciens tarifs de la NGAP et les données du SNIR) a donc été nécessaire. L'enquête ESPS, utilisée pour l'activité des auxiliaires médicaux, contient des éléments de valorisation mais ces informations sont lacunaires et peu robustes. Dans le cas de cette source, il n'est pas possible de se référer à des données subsidiaires : on se base donc sur la structure en volume des séances analysées pour calculer une clé de répartition entre curatif et préventif, ce qui laisse beaucoup d'incertitude quant à la validité de cette clé de répartition.

4.3.3. Les difficultés d'application des critères de classement de la prévention

Nous avons déjà questionné certaines options méthodologiques prises en réponse aux problèmes techniques ou conceptuels qui se sont posés. Nous évoquons, pour finir, les autres points de méthode qui peuvent poser problème.

En particulier, si les difficultés à circonscrire et hiérarchiser la prévention ont été partiellement résolues par l'introduction de différents critères de distinction, la pertinence et la mise en application de ces critères peuvent être discutées.

- 1) Le principe de séparation des dépenses de programmes de santé publique et des dépenses hors programmes paraît fondé. Mais il est très délicat à appliquer pour plusieurs raisons :
 - il faut retenir une définition unique de la notion de « programme » et ensuite recenser avec précision tous les programmes considérés comme classants dans l'étude, ce qui constitue une tâche complexe vu la diversité de ces programmes, de leurs objectifs et de leurs moyens d'application ;
 - d'autre part, cette distinction n'est pas vraiment opérante dans notre cadre méthodologique : le recours à des sources de données individuelles souvent frustes en terme de contenu médical ne nous permet pas de distinguer les recours préventifs respectant les critères du programme, les recours réellement réalisés dans le cadre du programme et les autres recours semblables mais

²⁹ Nous entendons ici par « déductions » tous les cas où nous avons cherché à inférer la dimension préventive de certains recours au système de soins uniquement à partir de la nature de ces recours : nous avons ainsi considéré des actes techniques, des analyses biologiques et des médicaments comme des actions préventives uniquement à partir de leur nature et sans détail supplémentaire sur le diagnostic ou le motif de ce recours aux soins.

qui se distinguent par certaines caractéristiques.

Nous avons donc adopté une démarche globalisante, à la fois dans l'identification des programmes et dans l'affectation des dépenses correspondantes :

- nous avons considéré la plupart des programmes existants, sans chercher à différencier les programmes ayant un axe préventif fort des programmes plus orientés sur la santé publique et la diffusion des bonnes pratiques ;
- dans les nombreux cas de doute, nous avons choisi, par défaut, d'affecter à la ligne de « programmes » du tableau de résultats toutes les actions médicales connexes à des programmes de prévention, même si certaines s'en éloignent sans doute dans la réalité au niveau leur contenu et de leur modalités de réalisation.

En somme, nous avons privilégié l'esprit à la lettre dans cette conception d'un « programme », ce qui pourrait abuser un observateur pensant trouver dans nos résultats une distinction précise entre les actions de prévention motivées par les pouvoirs publics et les actions de prévention relevant d'une démarche individuelle des personnes.

- 2) La nature individualisable ou non individualisable des dépenses de prévention est, cette fois, un critère très opérationnel mais qui ne concorde par tout à fait avec la vision de santé

publique qui fonde l'opposition entre prévention individuelle et prévention collective préconisée par l'OMS. L'OMS reconnaît comme prévention individuelle les actions en direction des individus même si les montants investis ne sont pas divisibles entre individus : c'est le cas des campagnes de promotion des dépistages, de l'éducation à la santé, etc. Dans la conception économique, que nous avons privilégiée, ces dépenses sont considérées comme non individualisables puisqu'elles ne sont pas rattachables à un individu précis.

- 3) Le rattachement de certains recours de prévention individuelle marginaux aux colonnes A1 (mesures à visée environnementale) et A2 (mesures de prévention axées sur le comportement individuel) de la grille de classement de la prévention peut sembler déroutant. En effet, l'idée directrice qui a présidé à la construction de ces catégories était plutôt de distinguer les mesures de prévention collective environnementale en les isolant de la prévention médicale. Néanmoins, certains motifs de recours au système de santé excentriques nous ont semblé se rapprocher de ces catégories : il s'agit des consultations chez les médecins ou à l'hôpital en raison d'expositions nocives (bruit, pollution, rayonnements, etc.), éventuellement imputables au milieu professionnel, ou en raison de difficultés socio-économiques non directement reliées à des pathologies. Ces motifs de recours demeurant assez rares, les dépenses extraites de la CSBM et classées dans les colonnes A1 et A2 sont très marginales (cf. page 81). Ceci a donc peu d'incidence sur l'équilibre général des différentes catégories dans l'estimation finale de dépenses.

5. Résultats

5. Résultats

Ce chapitre est consacré aux estimations définitives des montants de prévention qui ont pu être isolés dans les Comptes de la santé pour l'année 2002.

Ces estimations présentées sous la forme de tableaux successifs – sur le modèle de la grille de hiérarchisation introduite dans la section 1.3 – appellent assez peu de commentaires.

En revanche, elles nécessitent certaines précautions dans l'interprétation qui peut en être faite, compte tenu des contraintes techniques auxquelles nous avons dû faire face et de la nature parfois subjective des options méthodologiques de ce travail (*cf. sections 3.2 et 4.3 de ce rapport*).

5.1. Les dépenses de prévention de la CSBM

Cette première partie est consacrée à la présentation des résultats du travail de l'IRDES dont la méthode vient d'être décrite.

Les résultats sont exposés successivement pour les trois grands postes de soins des CNS concernés par la prévention : soins hospitaliers, médicaments et autres biens médicaux regroupés, puis soins ambulatoires.

Toutes les dépenses de prévention comptabilisées dans cette section sont individualisables par nature, puisque extraites de la CSBM.

5.1.1. La prévention dans les dépenses hospitalières

Seuls les soins de courte durée sont concernés par la prévention dans le poste « Soins hospitaliers » des Comptes de la santé.

Nous considérons le PMSI-MCO comme représentatif de la totalité du court séjour hospitalier. Donc cette source nous permet de couvrir 76 % du poste « Hôpital », mais aussi d'identifier un pourcentage bien supérieur du champ préventif hospitalier (proche de 100 %) puisque les séjours hospitaliers en soins de suite et de réadaptation et ceux relatifs à la psychiatrie sont très largement d'ordre curatif³⁰.

Sans surprise, la prévention y est marginale puisque ses dépenses estimées s'élèvent à 242,7 millions d'euros, ce qui ne représente que 0,4 % des dépenses hospitalières totales. Le Tableau n° 5 à la page suivante présente les résultats détaillés de l'estimation des dépenses de prévention au sein de ce poste.

La décomposition de ces montants par nature d'action préventive présente le profil suivant :

³⁰ Pour mémoire, les sections médicalisées et les longs séjours ne sont plus inclus dans le champ des Comptes de la santé : ils appartiennent désormais au domaine social.

- 14 % au titre des mesures visant à éviter l'apparition d'une maladie,
- 56 % au titre des dépistages et du suivi médical,
- 30 % au titre de la prise en charge des FR et des formes précoces de maladies.

Les dépenses hospitalières préventives sont à 56 % non concernées par des programmes de santé publique. Il s'agit principalement de dépenses imputables à des actions de dépistage ou de suivi médical.

Les 44 % de soins hospitaliers préventifs pour lesquels il existe un programme de santé publique sont en majorité (à 64 %) constitués de prise en charge des facteurs de risque (FR) et des formes précoces de maladies.

En tout, la dépense de prévention la plus importante de ce poste est à imputer aux dépistages et suivis médicaux non investis par un programme de santé publique, à hauteur de 47 % des dépenses de ce poste, soit 115,4 millions d'euros. Ce montant est essentiellement le fait des consultations à l'hôpital pour des examens de santé divers, pour des antécédents familiaux de maladies, etc.

Tableau n° 5
Estimation des dépenses de prévention hospitalières dans la CSBM

	A. Eviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable				B. Dépister les maladies		C. Prendre en charge les FR et les signes avant-coureurs des maladies			ENSEMBLE
	A1	A2	A3	TOTAL colonne A	B	C1	C2	TOTAL colonne C		
	Mesures à visée environnementale:	Prévention axée sur le comportement individuel	Prévention réalisée dans le cadre du système de soins		Dépistages	Prise en charge des FR et des comportements à risque	Prise en charge des formes précoces des maladies			
Soins hospitaliers (court séjour) <i>Montants en millions d'euros</i>										
Dépenses individualisables	0,1	0	16,5	16,6	21,1	37,9	30,2	68,1		
Dépenses non individualisables										
Total « Programmes »	0,1	0,0	16,5	16,6	21,1	37,9	30,2	68,1	105,8	
Hors programme de prévention et de SP	2,0	0	15,3	17,3	115,4	0,1	4,1	4,2		
Total « Hors Programmes »	2,0	0	15,3	17,3	115,4	0,1	4,1	4,2	136,9	
Total « Programmes + Hors programmes »	2	0	31,8	33,9	136,5	38,0	34,4	72,3	242,7	

5.1.2. La prévention dans les dépenses ambulatoires

La consommation de soins préventifs ambulatoires est composée des soins de médecins (ce qui inclut les sages-femmes libérales), de dentistes et d'auxiliaires médicaux, des analyses de biologie et des cures thermales. Toutefois, ces dernières ne sont pas concernées par le champ de prévention analysé³¹.

Les nombreuses sources de données utilisées nous permettent de considérer que 77% des dépenses de soins ambulatoires sont analysées dans le champ de notre étude ; parmi les 23% de dépenses non couvertes, il existe vraisemblablement quelques dépenses de prévention mais nous ne pouvons pas les quantifier.

Les dépenses de prévention ambulatoires de la CSBM ainsi évaluées sont de 2 937,4 millions d'euros, soit 7,8% des dépenses ambulatoires totales.

Elles se répartissent comme suit :

- 69% pour les soins de médecins et de sages-femmes,
- 15% pour les soins de dentistes,
- 9,5% au titre des analyses médicales,
- 6,5% pour les soins d'auxiliaires médicaux.

Le Tableau n° 6 présente les résultats synthétiques de l'estimation des dépenses de prévention au sein du poste « Soins ambulatoires » ; pour plus de détails, on peut se reporter aux tableaux de résultats déclinés selon ces quatre sous-postes, consultables en annexe (cf. *Annexe n° 3*)

31 Cela comprend aussi les soins thermaux, qui ne sont pas uniquement curatifs, mais dont nous ne pouvons pas estimer la part préventive par manque de données détaillées sur le contexte médical et les effets attendus.

Les dépenses préventives de soins ambulatoires sont aux deux tiers des dépistages ou des suivis médicaux (colonne B). Cet ordre de grandeur se retrouve à peu près pour chacun des sous-postes. Les autres formes de prévention sont réparties de la sorte :

- 12,5% des dépenses pour les actions visant à éviter la survenue de maladies,
- 22% des dépenses concernent la prise en charge de FR ou de formes précoces de maladies.

La quasi-totalité des prises en charge de FR et de comportement à risque provient des soins de médecins. Il s'agit essentiellement de motifs rentrant dans le cadre d'un programme, comme les facteurs de risques cardio-vasculaires non compliqués (HTA, hyperlipidémies, obésité, diabète de type 2) dont la prise en charge est connexe à de nombreux programmes de prévention ou de santé publique (cf. *Annexe n° 1*).

Les dépenses ambulatoires de prévention sont à 56% « hors programme de santé publique ». Ces dépenses sont constituées à plus de 82% de dépistages et de suivis médicaux, tels les examens de routine ou administratifs, les consultations pour antécédents familiaux ou les dépistages ne se rapportant pas à un motif couvert par un programme de santé publique.

Les dépenses préventives qui sont, au contraire, couvertes par des programmes de santé publique se répartissent principalement entre les prises en charge de FR ou de signes avant-coureurs de maladies (à 46%) et les dépistages ou suivis médicaux (à 44%).

Les montants relatifs à la prise en charge de formes précoces de maladies (colonne C2) sont largement attribuables à l'activité des médecins et à celle des auxiliaires médicaux. Cette catégorie C2 est même majoritaire dans l'activité préventive des auxiliaires médicaux, en raison de la prise en charge du strabisme et de la dyslexie chez l'enfant ou de la rééducation périnéale *post-partum* chez les kinésithérapeutes.

Tableau n° 6
Estimation des dépenses de prévention ambulatoires dans la CSBM

Soins ambulatoires <i>Montants en millions d'euros</i>	A. Eviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable			B. Dépister les maladies		C. Prendre en charge les FR et les signes avant-coureurs des maladies			ENSEMBLE	
	A1	A2	A3	TOTAL colonne A		B	C1	C2		TOTAL colonne C
	Mesures à visée environnementale	Prévention axée sur le comportement individuel	Prévention réalisée dans le cadre du système de soins			Dépistages	Prise en charge des FR et des comportements à risque	Prise en charge des formes précoces des maladies		
Dépenses individualisables	0,0	0,0	128,4	128,4		561,6	532,2	58,1	590,3	
Dépenses non individualisables										
Total « Programmes »	0,0	0,0	128,4	128,4		561,6	532,2	58,1	590,3	
Hors programme de prévention et de SP individualisables	0,0	6,6	235,0	241,6		1 360,4	0,2	54,9	55,1	
Total « Hors Programmes »	0,0	6,6	235,0	241,6		1 360,4	0,2	54,9	55,1	
Total « Programmes + Hors programmes »	0,0	6,6	363,4	370,0		1 922,0	532,4	113,0	645,4	

5.1.3. La prévention dans les dépenses de médicaments et de biens médicaux

Nous avons choisi d'agrèger, dans la présentation des résultats, les postes des Comptes de la santé relatifs aux dépenses de médicaments et aux dépenses d'autres biens médicaux, car ce dernier poste est peu concerné par le champ de la prévention³².

En cumulé, ces deux postes « Médicaments » et « Autres biens médicaux » sont couverts à hauteur de 80% par les sources utilisées. Si on y ajoute les dépenses d'appareillages divers, curatifs à coup sûr, nous pouvons considérer que notre estimation de la prévention s'applique à plus de 85% de l'ensemble des dépenses de ces deux postes. Parmi les 15% restants, il doit probablement exister de la prévention mais nous ne pouvons pas l'évaluer.

Au total, la consommation préventive qui a pu être identifiée pour les médicaments et les biens médicaux atteint 2 571 millions d'euros, soit 7,3% des dépenses totales de ces deux postes. Ce montant de prévention est imputable à 99% aux médicaments : les acquisitions de médicaments à visée préventive s'élèvent, en effet, à 2 554 millions d'euros alors que seuls 17 millions d'euros sont rattachables à la prévention au titre

des autres biens médicaux (stérilets et dispositifs intra-utérins).

Les dépenses préventives pour ces deux postes se répartissent de la façon suivante :

- 27% de mesures visant à éviter l'apparition d'une maladie,
- 1% pour les dépistages et le suivi médical,
- 72% au titre de la prise en charge des FR et des formes précoces de maladies.

La majeure partie de ces dépenses, soit 96%, est affectée à un programme de santé publique.

En fait, les médicaments et autres biens médicaux relatifs à une prise en charge de facteurs de risque ou de comportement à risque et concernés par un programme de santé représentent, à eux seuls, 72% de l'ensemble des dépenses préventives des deux postes.

Les dépenses de prévention, pour lesquelles il n'existe pas de programme de santé publique, sont donc minoritaires. Elles sont surtout constituées par des actions réalisées dans le cadre du système de soins, sur une population *a priori* saine (colonne A3) : vaccins administrés hors du cadre du calendrier vaccinal (fièvre jaune, typhoïde, etc.) ou médicaments prescrits dans le suivi d'une grossesse normale.

³² En effet, même si le sous-poste « Optique » contient des dépenses préventives relatives au strabisme, aucune source ne permet de les identifier ; finalement, seules les acquisitions de contraceptifs utérins (stérilets) comptabilisées dans le sous-poste « Petits matériels et pansements » sont reconnues comme préventives.

Tableau n° 7
Estimation des dépenses de prévention en médicaments et autres biens médicaux dans la CSBM

	A. Eviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable			B. Dépister les maladies	C. Prendre en charge les FR et les signes avant-coureurs des maladies			ENSEMBLE	
	A1	A2	A3		TOTAL colonne A	C1	C2		TOTAL colonne C
	Mesures à visée environnementale:	Prévention axée sur le comportement individuel	Prévention réalisée dans le cadre du système de soins						
Médicaments et autres biens médicaux <i>Montants en millions d'euros</i>									
Dépenses individualisables	0,0	0,0	623,7	623,7	2,9	1 849,5	0,0	1 849,5	
Dépenses non individualisables									
Total « Programmes »	0,0	0,0	623,7	623,7	2,9	1 849,5	0,0	1 849,5	
Hors programme de prévention et de SP	0,0	0,2	67,7	67,9	27,1	0,0	0,0	0	
Total « Hors Programmes »	0,0	0,2	67,7	67,9	27,1	0,0	0,0	95,0	
Total « Programmes + Hors programmes »	0,0	0,2	691,4	691,6	30,0	1 849,5	0,0	2 571,1	

5.1.4. L'ensemble de la prévention dans la CSBM

Au total, les sources mobilisées dans notre méthodologie de repérage de la prévention permettent de couvrir 76 % des dépenses de la CSBM de l'année 2002.

En considérant que la prévention est inexistante dans les soins de moyen séjour, les cures thermales et les transports médicaux, le champ d'activité couvert par notre étude en terme de repérage et de valorisation de la prévention se monterait à plus de 89 % du montant de la CSBM. Il s'agit des dépenses rattachables à des postes de soins au sein desquelles nous sommes en mesure de distinguer ce qui relève à coup sûr, à partir du champ de la prévention défini pour notre étude, ce qui relève d'une activité préventive ou non. Sous l'hypothèse précitée, il ne resterait donc que 11 % d'activité non couverte, contenant probablement des dépenses de prévention mais impossibles à évaluer avec notre méthode.

D'après notre travail, les dépenses de prévention de la CSBM s'élèvent à plus de 5 751 millions d'euros, ce qui représente 4,4 % de cet agrégat, 4,3 % de la CMT et 3,5 % de la Dépense Courante de Santé. Bien entendu, ces dépenses sont intégralement individualisables. 96 % de ces dépenses de prévention sont imputables aux médicaments (45 %) et aux soins ambulatoires (51 %).

La typologie générale des dépenses de prévention est la suivante :

- 19 % au titre des mesures visant à éviter l'apparition d'une maladie (1 095 millions d'euros),
- 36 % au titre des dépistages et du suivi médical (2 089 millions d'euros),
- 45 % au titre de la prise en charge de FR et des formes précoces de maladies (2 567 millions d'euros).

La répartition des dépenses selon le détail de la grille de hiérarchisation de la prévention est présentée dans le Tableau n° 8, page 80.

Les dépenses préventives de la CSBM concernent à 67 % des programmes de santé publique. En différenciant ce pourcentage selon la nature des actions préventives considérées, nous obtenons des résultats extrêmement variables : si 97 % des dépenses induites par la prise en charge des FR et des comportements à risque s'inscrivent dans un programme de santé publique identifiable, seules 28 % des dépenses de dépistages sont dans ce cas.

La structure des dépenses selon le critère d'appartenance à un « programme de prévention ou de santé publique » est donc intéressante mais sa lecture doit être précautionneuse :

- Ici, seules les dépenses extraites de la CSBM sont concernées ; il est donc logique que les dépistages inscrits dans des programmes de santé publique soient marginaux puisque pour la plupart ils sont déjà comptabilisés dans les postes de prévention des Comptes de la santé.
- D'autre part, les montants très élevés relatifs à la prise en charge des FR et des comportements à risque contribuent surtout à la ligne « programmes ». Même si cette concomitance peut heurter certaines conceptions classiques de la « sphère préventive », ce choix paraissait le plus conforme compte tenu de notre définition d'un « programme »³³ et du nombre important de programmes recensés ayant un rapport étroit avec ces pratiques médicales, comme nous l'avons déjà évoqué (*cf. section 3.1.3.1*).

Un dernier point particulier dans les résultats du Tableau n° 8 mérite d'être évoqué : le faible niveau des dépenses de prévention environnementale (colonne A1) et de prévention à destination des comportements individuels (A2). Ces deux grands types d'actions préventives relèvent essentiellement de la sécurité sanitaire ou, du moins, d'une logique de prévention collective. Ces catégories de prévention ont été créées pour différencier les montants investis dans ces domaines des dépenses générées par une prévention plus médicale. À cet égard, il est normal que les dépenses de ces deux catégories soient insignifiantes dans les montants tirés de la CSBM : seuls sont valorisés ici les recours au système de soins dus à des expositions nocives diverses (environnement, bruit, pollution, expositions professionnelles, etc.) ou à des difficultés socio-économiques pouvant affecter directement la santé.

³³ Rappelons que sont considérés tous les programmes de prévention et de santé publique au sens large, dont les objectifs correspondent à une démarche de prévention retenue dans notre travail, appliqués au niveau national ou au niveau local (avec un nombre significatif de départements et de régions), qui avaient cours en 2002, et quels qu'en soient les promoteurs, le contenu budgétaire et le cadre d'application précis.

Tableau n° 8
Estimation des dépenses de prévention dans la Consommation de Soins et de Biens Médicaux

	A. Eviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable			B. Dépister les maladies	C. Prendre en charge les FR et les signes avant-coureurs des maladies			ENSEMBLE	
	A1	A2	A3		TOTAL colonne A	C1	C2		TOTAL colonne C
	Mesures à visée environnementale:	Prévention axée sur le comportement individuel	Prévention réalisée dans le cadre du système de soins						
Prévention dans l'ensemble de la CSBM <i>Montants en millions d'euros</i>									
Dépenses individualisables	0,1	0,0	768,6	768,7	2 419,6	88,3	2 507,9		
Dépenses non individualisables									
Total « Programmes »	0,1	0,0	768,6	768,7	2 419,6	88,3	2 508,0	3 862,2	
Hors programme de prévention et de SP individualisables	2,0	6,8	318,0	326,8	0,3	59,1	59,4		
Total « Hors Programmes »	2,0	6,8	318,0	326,8	0,3	59,1	59,4	1 889,0	
Total « Programmes + Hors programmes »	2,1	6,8	1 086,6	1 095,5	2 419,9	147,4	2 567,3	5 751,3	

5.2. L'ajout des dépenses déjà isolées dans les postes de prévention individuelle et collective des CNS

Dans cette partie, nous nous bornons à répartir dans la grille de hiérarchisation *ad hoc* les montants des postes de prévention des Comptes de la santé déjà présentés (cf. *Tableau n° 9*).

Pour mémoire, les dépenses de prévention isolées dans les Comptes s'élevaient, pour l'année 2002, à 4 744 millions d'euros, réparties en prévention individuelle (2 502 millions) et prévention collective (2 241 millions).

L'affectation de ces dépenses au tableau de prévention utilisé dans la présentation de nos résultats donne le découpage suivant, en termes de nature d'action préventive :

- 92% des dépenses s'inscrivent dans la prévention visant à éviter l'apparition d'une maladie ou d'un état indésirable,
- 8% des dépenses sont engagées dans des dépistages divers.

Une première explication de ce résultat est le montant extrêmement élevé consacré aux mesures de sécurité sanitaire et de prévention environnementale.

De même, on constate logiquement qu'aucune des dépenses de prévention comptabilisées dans les CNS ne peut être rattachée à la colonne C qui regroupe la prise en charge des facteurs de risque, comportements à risque et signes avant-coureurs des maladies : c'est conforme à la fois à la nature plus « discutable » de cette colonne et à la logique des CNS qui ne peut (et ne doit) compter que des dépenses dûment identifiées comme préventives.

Dans le même ordre d'idées, il est parfaitement naturel que les dépenses de prévention issues des Comptes soient intégralement liées à des programmes de prévention ou de santé publique.

Tableau n° 9
Montants des postes de prévention isolés dans les Comptes Nationaux de la Santé répartis selon la grille de hiérarchisation utilisée

Postes de prévention dans les CNS <i>Montants en millions d'euros</i>	A. Eviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable			B. Dépister les maladies		C. Prendre en charge les FR et les signes avant-coureurs des maladies			ENSEMBLE
	A1	A2	A3	TOTAL colonne A	B	C1	C2	TOTAL colonne C	
	Mesures à visée environnementale:	Prévention axée sur le comportement individuel	Prévention réalisée dans le cadre du système de soins						
Dépenses individualisables	0,0	0,0	2 121,1	2 121,1	380,9				
Dépenses non individualisables	1 871,5	340,2	21,1	2 232,8	9,0				
Total « Programmes »	1 871,5	340,2	2 142,2	4 353,9	389,9				4 743,8
Hors programme de prévention et de SP									
Total « Hors Programmes »	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				
Total « Programmes + Hors programmes »	1 871,5	340,2	2 142,2	4 353,9	389,9				4 743,8

5.3. L'estimation des dépenses totales de prévention dans la dépense courante de santé

Le Tableau n° 10 constitue la synthèse des différents travaux menés pour aboutir à une estimation des dépenses totales de prévention de l'année 2002 couvertes par le champ des Comptes nationaux de la santé. Celles-ci peuvent être estimées au total à 10 495 millions d'euros, ce qui représente 6,35% de la Dépense Courante de Santé (DCS). Ce montant est attribuable à 55% aux dépenses de prévention isolées dans la CSBM grâce à notre étude et à 45% aux dépenses de prévention déjà présentées dans les Comptes de la Santé.

Aussi, le travail mené sur la prévention a-t-il permis :

- d'une part, d'élargir le champ de la prévention affiché dans les CNS avec un montant de 4,7 milliards d'euros grâce à la refonte de la nomenclature des postes de prévention qui a été menée par la DREES en 2005;
- d'autre part, d'affiner l'estimation réelle des dépenses de prévention en France en isolant 5,7 milliards d'euros supplémentaires dans les montants de la CSBM grâce au travail de l'IRDES.

Les conclusions des experts ont donné lieu à une définition d'une prévention « élargie », qui est fondée sur une volonté de prendre en compte les différentes approches de ce concept en proposant une lecture des résultats à plusieurs niveaux.

Cette conception élargie de la prévention est essentiellement caractérisée par l'introduction des prises en charge de FR et de signes avant-coureurs des maladies, qui représente environ un quart du montant total préventif en 2002 (2,6 milliards d'euros).

Si l'on souhaite privilégier une lecture plus restrictive des résultats et ne s'attacher qu'aux motifs de recours

universellement acceptés comme préventifs, il faut considérer uniquement les mesures évitant la survenue d'une maladie (colonne A) et les dépistages ou suivis médicaux (colonne B) : le coût de la prévention en 2002 serait alors de 7,9 milliards d'euros.

La décomposition des dépenses par nature d'action préventive montre que plus de la moitié des dépenses de prévention est attribuable à des actions visant à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable (colonne A). Cette contribution majoritaire est uniquement le fait de la prévention collective – environnementale et sanitaire – financée par l'État, l'Assurance maladie ou les grands organismes publics.

Les programmes de santé publique représentent 82% des dépenses de prévention en 2002, qui se décomposent en :

- 70% déjà captées par les postes de prévention dans les CNS;
- 12% ajoutées par le travail spécifique de repérage de la prévention dans la CSBM.

Les dépenses de « programmes » sont majoritairement dues aux colonnes A et C. Nous retrouvons ici le poids important des dépenses de prévention collective comptabilisées par les CNS qui se classent en programme. D'autre part, la quasi-totalité des montants de prise en charge de FR et de signes avant-coureurs de maladies est également concernée par un programme de santé publique identifié.

La prévention classée « hors programme » concerne donc surtout les dépistages et les suivis médicaux.

Enfin, les dépenses de prévention estimées sont en grande partie individualisables : 8,2 milliards d'euros se rapportent directement aux individus sur un total de 10,5 milliards (soit 79%).

Tableau n° 10
Estimation des dépenses de prévention totales de l'année 2002 en France

	A. Eviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable			B. Dépister les maladies	C. Prendre en charge les FR et les signes avant-coureurs des maladies			ENSEMBLE
	A1	A2	A3		TOTAL colonne A	C1	C2	
Dépenses de prévention en 2002 <i>Montants en millions d'euros</i>								
Programme de dépenses individualisables	0,1	0,0	2 889,7	2 889,8	966,5	2 419,6	88,3	2 507,9
Programme de dépenses non individualisables	1 871,5	340,2	21,1	2 232,8	9,0	0,0	0,0	0,0
Total « Programmes »	1 871,6	340,2	2 910,8	5 122,6	975,5	2 419,6	88,3	8 606,0
Hors programme de dépenses individualisables	2,0	6,8	318,0	326,8	1 502,9	0,3	59,1	59,4
Total « Hors Programmes »	2,0	6,8	318,0	326,8	1 502,9	0,3	59,1	1 889,1
Total « Programmes + Hors programmes »	1 873,6	347,0	3 228,8	5 449,4	2 478,4	2 419,9	147,4	10 495,1

Conclusion

Conclusion

Principaux résultats

Notre travail a consisté à isoler et à estimer monétairement les actions de prévention qui sont actuellement comptabilisées dans les montants de la Consommation de Biens et de Services Médicaux (CSBM) et qui ne sont pas repérables en l'état dans les Comptes de la Santé. Avec notre méthode, ces dépenses de prévention individualisables sont estimées à 5,8 milliards d'euros pour l'année 2002, ce qui représente 4,4% de la CSBM.

Couplé aux dépenses de prévention individuelle (2,5 milliards €) et à la prévention collective (2,2

milliards) qui sont déjà isolées dans la nouvelle nomenclature des Comptes de la santé, ce travail permet d'estimer les dépenses totales consacrées à la prévention en France pour l'année 2002 au sens de la comptabilité nationale : 10,5 milliards d'euros, soit 6,4% de la Dépense Courante de Santé (DCS). Cela représente un peu plus de 0,6% du PIB.

Le Tableau n° 11 ci-dessous synthétise les résultats de l'étude, qui sont mis en regard avec les montants des principaux agrégats des Comptes de la santé.

Tableau n° 11
Dépenses de prévention identifiées dans les différents agrégats des Comptes de la santé

Montants en millions d'euros			dans la CMT			en plus de la CMT	Total DCS
			CSBM (prévention isolée dans la CSBM)	hors CSBM (poste «Prévention individuelle»)	Total prévention CMT	Poste «Prévention collective»	Total prévention
A	Eviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable	A1. Mesures à visée environnementale	2	0	2	1 872	1 874
		A2. Mesures de prévention axées sur le comportement individuel	7	0	7	340	347
		A3. Actions de prévention réalisées dans le cadre du système de soins	1 087	2 121	3 208	21	3 229
B	Dépister les maladies	B. Dépistages par le recours aux examens, actes techniques et suivi médical	2 089	390	2 478	0	2 478
C	Prendre en charge les FR et les signes avant-coureurs des maladies	C1. Prise en charge des facteurs de risque et des comportements à risque	2 420	0	2 420	0	2 420
		C2. Prise en charge des formes précoces des maladies	147	0	147	0	147
Programme de prévention et de santé publique			3 862	2 511	6 373	2 233	8 606
HORS programme de prévention et de santé publique			1 889	0	1 889	0	1 889
Total des dépenses de prévention (millions €)			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 %	6,4 %

À la suite d'une consultation d'experts, nous avons introduit deux critères de distinction fondamentaux dans les actions de prévention.

Le premier, fondé sur la nature de l'action préventive et le type de population ciblée, permet de répartir les actions de prévention en 3 grandes catégories (A, B, C), elles-mêmes subdivisées en sous-catégorie quand cela paraissait pertinent.

Parmi les dépenses de prévention isolées dans la CSBM, deux catégories se détachent nettement des autres : la prise en charge des facteurs de risque et des comportements à risque (C1) avec une dépense de 2,4 milliards d'euros et les dépistages de maladies (B) qui génèrent une dépense de 2,1 milliards.

Lorsque l'on considère l'ensemble des dépenses des Comptes de la santé, c'est la catégorie A « Éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable » qui est majoritaire, avec une dépense totale de 5,5 milliards d'euros : 3,3 milliards sont consacrés aux mesures de prévention sur les biens portants réalisés dans le système de soins (soit près d'un tiers des dépenses de prévention totales) et les mesures de prévention collective à visée environnementale (sécurité sanitaire, etc.) génèrent une dépense de 1,9 milliards d'euros. Remarquons que la majeure partie des dépenses de cette catégorie A est issue des postes de prévention déjà isolés dans les Comptes de la santé (financement public pour la sécurité sanitaire, la sensibilisation, les programmes de remboursement particuliers comme la mammographie ou le BBD, etc.), au contraire des catégories B (dépistages) et C (prise en charge des facteurs de risque et signes avant-coureurs de maladies) pour lesquelles la quasi-totalité des dépenses de prévention est extraite de la CSBM.

Le second critère introduit cherche à distinguer les actions de prévention motivées, directement ou indirectement, par les pouvoirs publics (État, Assurance maladie) des actions de prévention d'initiative privée, qui s'inscrivent en dehors des politiques de sensibilisation traditionnelles. Nous avons désigné le premier cas de figure sous le nom de « programmes de prévention et de santé publique », le second étant nommé logiquement « hors programme ».

D'après les résultats de notre étude, les dépenses consacrées à la prévention s'insèrent majoritairement dans des initiatives publiques, que l'État et l'Assurance maladie en soient directement les financeurs ou qu'ils soient catalyseurs d'actions de préventions privées qui seront financées, en partie, par les ménages. Ainsi, au total, 82 % des dépenses de prévention (8,6 milliards d'euros) peuvent

être rattachées à des programmes de prévention reconnus d'après notre méthode et pour autant que ce rattachement soit possible. Si, par nature, les dépenses relevées dans les postes de prévention individuelle et collective des CNS sont exclusivement relatives à des programmes publics, les montants extraits de la CSBM se classent aussi majoritairement (67 %) dans cette catégorie.

Les résultats de notre estimation sont d'un ordre de grandeur comparable à ceux de la première étude réalisée à l'IRDES pour estimer les dépenses de prévention de l'année 1998 : dans cette première étude, les dépenses totales de prévention se montaient à 9,0 milliards d'euros contre 10,5 milliards aujourd'hui. Compte tenu du taux d'accroissement de la DCS entre 1998 et 2002, cette légère augmentation en valeur marque plutôt un recul en part relative de la DCS : 7,0 % de la DCS de 1998 dans la première étude contre 6,4 % aujourd'hui avec notre nouvelle méthodologie.

Le montant global a donc peu évolué, mais les contributions respectives de la prévention extraite de la CSBM et de la prévention présentée dans les Comptes de la santé ont, elles, beaucoup varié :

- Avec notre méthode d'estimation actuelle, la part de la CSBM identifiée comme préventive est de 4,4 % pour 2002 alors qu'elle s'élevait à 5,3 % dans la première version de ce travail. Même si nous avons amélioré le nombre et la qualité des sources de données mobilisées (pour les soins de sages-femmes, de dentistes, les mammographies, etc.), cette diminution s'explique surtout par l'amélioration générale des procédures d'identification des actions préventives³⁴.
- À l'inverse, les montants de prévention affichés dans les Comptes de la santé ont augmenté : les dépenses de prévention individuelle et collective présentées dans la nouvelle version des Comptes de la santé représentent désormais 2,9 % de la DCS, contre seulement 2,3 % en 1998. Cette progression est due exclusivement à la refonte de la nomenclature et l'élargissement du champ de la prévention associé, et non à une augmentation du poids de la prévention entre 1998 et 2002.

34 En particulier, nous avons affiné la sélection des prises en charge de facteurs de risque cardio-vasculaires, en contrôlant d'avantage les comorbidités et les prescriptions de médicaments, afin de mieux cerner les cas de facteurs de risques compliqués qu'il convenait d'exclure. Nous avons également épuré le champ de la prévention en délaissant quelques catégories de prévention qui semblaient contestables, en particulier les traitements hormonaux de substitution pour lutter contre l'ostéoporose.

Les contours de la prévention analysée

Toute estimation des dépenses de prévention est fortement contingente des limites posées pour délimiter le champ des actions préventives, par opposition aux actions curatives. C'est, en tout cas, un des enseignements principaux de la revue de littérature qui a été menée sur les études consacrées à l'analyse de la prévention, où l'emploi du même terme de « prévention » recouvre des concepts et des champs d'analyses très disparates.

Les résultats produits sont cohérents avec le champ des Comptes de la santé, puisqu'ils découlent directement des montants des Comptes (CSBM et DCS). Cela a pour conséquence de restreindre conceptuellement la portée de l'estimation : certains pans de la prévention ne sont pas considérés. En premier lieu, la plupart des actions de prévention réalisées en amont du système de santé ne sont pas valorisées dans les Comptes de la santé (sécurité routière, sécurité et hygiène de l'habitat, hygiène publique) et sont donc en dehors de notre champ d'analyse. De même, certaines dépenses de prévention privées engagées par les ménages (prévention des accidents domestiques...) ou par les assureurs complémentaires (programmes de prévention spécifiques...) ne sont pas incluses dans les Comptes faute de données adéquates. Enfin, en adoptant un point de vue strictement comptable, nous ignorons tous les efforts de prévention individuels qui se matérialisent par des modifications de comportements (alimentation, exercice physique, etc.) et génèrent des coûts indirects ou intangibles dans le budget des ménages.

La méthode d'estimation proposée ici est donc conditionnée par la logique des Comptes de la santé, mais également par la qualité et la fiabilité des sources d'informations utilisées pour repérer les actions préventives.

Les différentes sources de données mobilisées permettent de couvrir 75% des dépenses de la CSBM (cf. *Tableau n° 4, page 53*). Cela étant, ce chiffre donne une idée fautive du niveau d'exhaustivité du repérage de la prévention : contrairement au système de Comptes par pathologies où il s'agit d'un point critique, le fait de ne pas être en mesure d'analyser certains postes de soins n'est pas très problématique dans une estimation de la prévention. En effet, les postes de soins non couverts par des sources d'information dans ce travail (transports médicaux, soins de suite et réadaptation, cures thermales, certaines dépenses d'appareillages et de biens médicaux) n'ont pas de dimension préventive importante. On peut légitimement avancer que la prévention est inexistante dans les dépenses de transports et d'appareillages médi-

caux, et marginale pour les soins de suite et de réadaptation et les cures thermales.

En réalité, la part de la CSBM pour laquelle nous pouvons affirmer avoir extrait l'intégralité des dépenses de prévention est plutôt de l'ordre de 90% que de 75%.

Toutefois, sous l'hypothèse que notre méthode de repérage des actions de prévention et d'estimation financière soit correcte, le résultat de notre estimation peut être considéré comme minimal puisqu'une fraction de la CSBM n'est pas couverte et que certaines dépenses de prévention reconnues ne sont pas incluses (cures thermales pour obésité, lunettes pour strabisme chez le jeune enfant, etc.).

Les apports de notre travail

L'étude menée par l'IRDES en collaboration avec la DREES apporte un éclairage nouveau sur les efforts financiers consacrés à la prévention en France. Les objectifs de ce travail et les moyens mis en œuvre semblent innovants à l'échelle internationale puisque nous n'avons repéré, dans la littérature, aucune étude cherchant à mesurer les ressources financières consacrées à la prévention avec un tel souci de détail et d'exhaustivité.

Par cette étude, nous contribuons à mettre en évidence une réalité que les Comptes de la santé ne montrent que partiellement : les financeurs du système de santé consacrent des sommes relativement importantes à la prévention. La majeure partie de ces dépenses de prévention sont d'ailleurs imputables à l'État et à l'Assurance maladie, que ce soit par financement direct des recours préventifs ou par une incitation à la prévention, au dépistage, etc. Le travail mené a permis de tempérer les discours récurrents sur le faible niveau des efforts consacrés à la prévention en France : d'une part, en motivant l'actualisation et la refonte du contenu des postes de prévention affichés dans les Comptes de la santé (qui a amené la prévention de 2,2% à 2,9% de la DCS) et, d'autre part, en isolant les actions de prévention qui sont intégrées à la pratique habituelle des professionnels de santé et dont les montants sont noyés dans la CSBM.

L'effort consenti est essentiellement dû à l'action des pouvoirs publics et de l'Assurance maladie, puisque les dépenses de prévention sont principalement engagées dans des programmes de prévention ou, *a minima*, initiées par l'existence de ces programmes. Les efforts de prévention d'initiative individuelle apparaissent faibles en comparaison, mais ils sont aussi plus durs à mesurer à valoriser pour la plupart.

La séparation des dépenses de prévention entre « programmes » et « hors programme » constitue également un élément novateur de notre travail. Ce critère de distinction a suscité, dès le départ, un intérêt important chez les spécialistes du domaine de la prévention avec qui nous avons collaboré. Il s'est, néanmoins, avéré très complexe à appliquer. Il faut successivement : recenser les programmes existants, réunir toutes les informations disponibles relatives à ces programmes, différencier les considérations curatives et préventives qui sont souvent enchevêtrées dans la définition du programme et, ainsi, arbitrer au

mieux pour ne conserver que les programmes qui nous paraissent conformes au champ de prévention défini. Enfin, dans la répartition des dépenses proprement dites, nous avons été obligés, faute de mieux, de considérer de façon équivalente les recours s'inscrivant *stricto sensu* dans le cadre des programmes (financés intégralement par l'État et l'Assurance maladie) et les recours similaires mais d'initiative individuelle (et donc financés en partie par les ménages). Cela requiert donc un travail très conséquent pour un résultat en partie incertain.

Bibliographie

Bibliographie

- Cash R., Rollot O., Colin X., Fagnani F., Pechevis M. (2001). *Les dépenses de prévention en médecine générale*, Rapport Thalès-Cemka pour la Direction de la Sécurité Sociale.
- Fénina A. et Geffroy Y. (2005). *Comptes nationaux de la santé 2004*. La Documentation Française.
- Fénina A., Geffroy Y., Minc C., Renaud T., Sarlon E., Sermet C. (2006). Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France., Questions d'économie de la santé, IRDES, n° 111. Juillet 2006.
- Froom P. et Benbassat J. (2000). *Inconsistencies in the Classification of Preventive Interventions*, Preventive Medicine, 31, 153-158.
- Gordon R.S. (1983). *An operational classification of disease prevention*, Public Health, 98, 107-109.
- Gordon, R.S. (1987). *An operational classification of disease prevention*. in: J. A. Steinberg & M. M. Silverman, (Eds). Preventing mental disorders (pp. 20-26). Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- IGAS (2003). *Pour une politique de prévention durable*. La Documentation Française.
- Jenicek M. et Cléroux R. (1982). *Epidémiologie. Principes. Techniques. Applications*. Maloine S.A. Paris.
- LEEM (Les Entreprises du Médicament). (2003). *Le médicament en France, réalités économiques* - Édition 2003. Rapport du LEEM.
- Le Fur *et al.* (2003). Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la sSanté, Questions d'Economie de la Santé n°68, Irdes.
- Midy F., Legal R., Condinguy S., Delamaire M.L. (2004). *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale*. Rapport ONDPS (3/5). La Documentation Française.
- Mrazek P.J. et Haggerty R.J. (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Paris V., Renaud T., Sermet C. (2003). *Des Comptes de la santé par pathologie*. Un prototype sur l'année 1998. IRDES, rapport n°1480.
- Pelletier-Fleury N., Hersent N., De Pourville G. (2002). *Les Comptes de la prévention*, CREGAS (INSERM U537), Rapport pour la CANAM.
- Simeonsson R.J. (1994). *Risk, resilience and prevention: Promoting the well-being of all children*, Paul Brookes Publishers.
- Watkins S.O. (1986). *Reclassifying prevention*, Public Health, 100-121.

Annexe 1 - Liste des programmes de prévention et de santé publique recensés dans cette étude et permettant de classer les différentes actions de prévention

Précision : les programmes présentés ici sont en rapport à la fois avec les actions de prévention qui ont pu être isolées et valorisées à partir de la CSBM et avec le contenu des postes de prévention des Comptes nationaux de la santé.

Code	Objet du programme	Détail du programme	Critères éventuels	Actions envisagées
P_ALCO	ALCOOLISME	Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002) ; Stratégie d'action alcool 2002-2004 ;		Dispositif mis en place dans les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie. Programme « Stratégie nationale d'action « alcool » » ; dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme renforcé, prise en charge par l'AM augmentée. Stratégie nationale d'action « alcool » : campagnes de communication et d'information, contrôle et répression de la conduite sous l'emprise de l'alcool (réduction des comportements à risque), éducation pour la santé ; loi Evin.
P_ASTH	ASTHME	Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000 - 2005 (adopté par l'OMS) Programme d'actions de prévention et de prise en charge de l'asthme, 2002-2005		Information (patients, grand public) ; repérage des enfants asthmatiques (milieu scolaire) ; veille sur l'asthme et ses facteurs de risque ; éducation thérapeutique.
P_BBD	BILAN BUCCO-DENTAIRE	Le Bilan Bucco-Dentaire (BBD), en 2002	Adolescent de 15 à 18 ans. Possibilité d'en refaire un chaque année entre 15 et 18 ans. Depuis 1997. Le BBD est entièrement gratuit et ne demande aucune avance de frais. Effectué chez un chirurgien-dentiste ou dans un centre de santé, dans un délai de 3 mois qui suivent la date anniversaire de l'adolescent.	Le BBD comprend un examen bucco-dentaire, des radios si nécessaire, et des conseils d'hygiène et de prévention.
P_KUTE	CANCER DU COL DE L'UTERUS	Le plan national de lutte contre le cancer (dépistage), en 2002	L'ANAES recommande la réalisation d'un frottis cervico-vaginal tous les trois ans de 20 ans à 65 ans (jusqu'à la fin de la ménopause), mais à maintenir selon le même rythme si traitement substitutif de la ménopause. Prélèvement réalisé par le médecin traitant (gynéco ou MG).	Dépistage ; formations du personnel professionnel et informations à l'égard des personnes malades.
P_KCOL	CANCER DU COLON	Le plan national de lutte contre le cancer (dépistage), en 2002	Recommandé par l'ancienne Agence nationale d'accréditation en santé, le dépistage repose sur la détection de sang dans les selles tous les deux ans chez tous les hommes et les femmes âgées de 50 à 74 ans (Hemoccult®). Programme pilote depuis 1998. En 2002, une vingtaine de départements ont été retenus afin d'engager l'organisation et la mise en œuvre de ce dépistage.	Dépistage ; formations du personnel professionnel et informations à l'égard des personnes malades ; PNNS.

Code	Objet du programme	Détail du programme	Critères éventuels	Actions envisagées
P_KSEIN	CANCER DU SEIN	Le plan national de lutte contre le cancer (dépiſtage), en 2002	Toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans peuvent désormais bénéficier gratuitement d'un dépiſtage du cancer du sein : une mammographie tous les deux ans comprenant deux clichés radiographiques sur chaque sein , intégralement remboursé, sans avance de frais. Il est suivi d'un examen clinique et d'une double lecture pour les images jugées normales ou bénignes.	Dépiſtage ; formations du personnel professionnel et informations à l'égard des personnes malades.
P_CONTRA	CONTRACEPTION	Campagne d'information 2002 sur la contraception		Campagne d'informations 2002 ; droit d'accès des mineures à la contraception d'urgence
P_NEONAT	DEPISTAGE NEONATAL	Le dépiſtage néonatal, en 2002 ; la lutte contre les autres pathologies chroniques (pour la mucoviscidose), en 2002	Ce programme existe depuis 1975 et concerne tous les nouveau-nés.	Phénylcétonurie, hypothyroïdie congénitale, hyperplasie congénitale des surrénales, drépanocytose et mucoviscidose. Dépiſtage néonatal dans les trois à quatre jours qui suivent la naissance.
P_DETEN	DETENUS	Plan « améliorer la prévention et la prise en charge sanitaire des personnes détenues », en 2002		Améliorer la prévention des pratiques addictives, dépiſtage des infections virales, prise en charge de problèmes psychiatriques.
P_DIAB	DIABETE	Programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de Type 2, 2002-2005	Diabète de type 2. Il sera ciblé sur des patients de plus de 45 ans ayant (en plus de l'âge) au moins un des marqueurs de risque de diabète et sur les sujets de plus de 45 ans en situation de précarité (avec ou sans autre marqueur de risque associé).	Dépiſtage, PNNS, éducation thérapeutique, campagne d'information et de dépiſtage dans la presse médicale
P_DYSL	DYSLEXIE	Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage, en 2002	Jeunes	Informations (grand public et professionnels éducatifs et sanitaires) ; formations (professionnels éducatifs et sanitaires) ; dépiſtage par les médecins de PMI (enfants de 3-4 ans) et par les médecins de l'Education nationale (enfants à 5-6 ans) et dépiſtage à introduire dans le bilan obligatoire de santé de la 6 ^e année.
P_VHB	HEPATITE B	Plan national hépatites virales C et B 2002-2005	La vaccination systématique de tous les enfants avant 13 ans, en privilégiant la vaccination des nourrissons ; la vaccination des personnes à risque ; sinon info en direction de toute population, usagers de drogues, détenus, personnels de santé.	
P_VHC	HEPATITE C	Plan national hépatites virales C 1999-2002 ; Plan national hépatites virales C et B 2002-2005		Incitation au dépiſtage ; réduire les risques lors des soins ; information ; accès facilité aux traitements ; informations aux professionnels exposés (piercing/tatouage) et au sein des populations particulièrement exposées (jeunes, détenus, usagers de drogues...)

Code	Objet du programme	Détail du programme	Critères éventuels	Actions envisagées
P_HYP	HYPERLIPIDEMIES	Programme national de réduction des risques cardio-vasculaires 2002-2005		Parmi les objectifs du programme : promouvoir la prévention cardio-vasculaire en agissant sur les facteurs de risque (Diminuer l'incidence des dyslipidémies) ; recommandations de l'ANAES, de l'AFSSAPS, de l'AFSSA et des sociétés savantes ; Développer les consultations de diététiques et de nutrition dans les hôpitaux ; Dépister au plus tôt les dyslipidémies, notamment infantiles ; Améliorer l'équilibre des apports alimentaires et nutritionnels, notamment par la réduction de la contribution des lipides aux apports énergétiques en particulier sous forme d'acides gras saturés.
P_HTA	HYPERTENSION ARTERIELLE	Programme national de réduction des risques cardio-vasculaires 2002-2005		L'engagement de la CNAMTS sur la prise en charge de l'hypertension artérielle. Parmi les objectifs du programme : promouvoir la prévention cardio-vasculaire en agissant sur les facteurs de risque (réduire la consommation en sel en France de 20 % sur 5 ans. Les recommandations visant à avoir un impact plus fort chez les grands consommateurs de sel), améliorer la qualité de la surveillance tensionnelle.
P_LIN	INFECTIONS NOSOCOMIALES ET IATROGENES	Programme national de lutte contre les infections nosocomiales, en 2002		Mise en place de comité de lutte au sein des établissements hospitaliers ; élaboration et diffusion de bonnes pratiques d'hygiène ; information en direction du public et des usagers, notamment en ce qui concerne le bon usage des antibiotiques.
P_IST	INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES	Dans le cadre de programmes destinés à la santé des populations les plus fragiles, en 2002.		Dépistage anonyme et gratuit (entièrement pris en charge par l'AM).
P_IVG	IVG	Dans le cadre de programmes destinés à la santé des populations les plus fragiles, en 2002.	Délai maximal de recours : 12 semaines	Campagnes nationales ; actions d'information ciblée; notamment campagnes d'information sur la contraception.
P_ADO	JEUNES, ADOLESCENTS	Programme régional de santé « améliorer la santé mentale des adolescents et jeunes adultes », 1998-2005		Education sanitaire : enseignement, intervention de spécialistes.
P_CARD	MALADIES CARDIO-VASCULAIRES ET FACTEURS DE RISQUE	Programme national de réduction des risques cardio-vasculaires 2002-2005		Réduction des facteurs de risques (FR) (lutte contre le tabagisme et tabagisme passif, PNNS (diabète)) ; éducation thérapeutique ; promotion des recommandations de bonnes pratiques cliniques et thérapeutiques ; dépliant afin d'encourager le dépistage des FR dans l'entourage d'un patient concerné ; mesures réglementaires sur le sel (but : diminuer la consommation des Français) ; programme de surveillance des maladies cardio-vasculaires.

Code	Objet du programme	Détail du programme	Critères éventuels	Actions envisagées
P_PEAU	MELANOMES DE LA PEAU / DANGER DU SOLEIL	Le plan national de lutte contre le cancer (dépistage), en 2002		Informations: Sous forme de dépliant, site «infosoleil.com»...; Une journée nationale annuelle d'information : journée SOLEIL; La journée nationale de dépistage anonyme et gratuit des cancers de la peau par les dermatologues.
P_NUTRI	NUTRITION/CARENCES NUTRITIONNELLES	Programme national nutrition santé (PNNS) 2001-2005		Campagnes de communication (promotion des principales recommandations du PNNS) et guides alimentaires envers le grand public, communication des principaux objectifs du PNNS aux professionnels de la santé.
P_PERINA	PERINATALITE	Fait partie des priorités nationales en matière de sécurité sanitaire et d'organisation des soins, en 2002		Recommandations de bonnes pratiques, renforcement des normes
P_SATUR	SATURNISME INFANTILE	Lutte contre l'intoxication par le plomb pour l'année 2002	Enfants	Dépistage systématique des intoxications au plomb mis en place en 1998 gratuit ; une campagne d'information des médecins ; information des parents (note dans le carnet de santé) ; la surveillance épidémiologique du saturnisme ; dépistage des immeubles à risque ; programme de réhabilitation.
P_SIDA	SIDAVIH	Plan triennal de lutte contre le SIDA, pour la période 2002-2004.		Incitation au dépistage ; accès au traitement après exposition au risque ; promouvoir les outils de prévention ; informations envers le public (campagnes en direction de toute la population, hommes, femmes, migrants, minorités ethniques, porteurs du VIH) ; formation des professionnels.
P_SUIC	SUICIDE	Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005	Adolescents, jeunes adultes	
P_TABA	TABAGISME	Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, 1999-2002		Stratégie de dénormalisation du tabac en direction de populations cibles. Communication envers tous publics, femmes, femmes enceintes, jeunes, jeunes filles. Accompagner les fumeurs désireux d'arrêter : dispositifs (tabac info services), communication (conseils radio), meilleur accès au sevrage tabagique. Protection des non-fumeurs. Formation des généralistes et des spécialistes.
P_TOX	TOXICOMANIE, DROGUES, DEPENDANCE AUX SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES	Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, 1999-2002		Information et prise en charge envers des populations cibles (jeunes, toxicomanes en particulier sortant de prison).

Annexe n° 2 – Détail de toutes les sources de données médicalisées et sources d'information complémentaires utilisées dans l'estimation des dépenses de prévention de la CSBM

Poste de soins	Partition (éventuelle) du poste de soins	Source de données ou d'informations utilisée	Descriptif de la source : contenu et contexte d'utilisation
Soins de médecins	Soins hospitaliers de court séjour public et privé	PMSI-MCO	<p>Cette source correspond aux données d'activité des services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) recueillies dans le cadre du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information.</p> <p>Elle couvre la totalité de l'activité de soins hospitaliers de courte durée dans le secteur public, sur l'ensemble du territoire français pour l'année 2002.</p> <p>Les soins hospitaliers publics concernent les établissements sous dotation globale, soit les établissements publics hospitaliers (CHR, CHU, CH, HL, CHS), les établissements privés hospitaliers participant au service public hospitalier (PSPH) et les établissements militaires et pénitentiaires. Les soins hospitaliers privés sont les soins dispensés par les établissements privés à but non lucratif ne participant pas au service public hospitalier, et privés à but lucratif.</p>
	Activité des médecins généralistes et des 12 spécialités médicales les plus répandues	Enquête Permanente sur la Prescription Médicale (EPPM)	<p>Cette enquête de 2002 procède à un recueil de données d'activité sur un échantillon représentatif des médecins généralistes, de 11 spécialités médicales et d'une compétence MEP spécifique, qui sont prépondérantes en termes d'effectif et d'activité.</p> <p>EPPM couvre l'activité des médecins installés de moins de 65 ans, exerçant en France métropolitaine (hors Corse), ayant une activité libérale (consultations et visites) exclusive ou mixte, au cabinet et au sein d'un établissement. Les consultations auprès des médecins non conventionnés sont exclues du champ, car il est impossible de les valoriser de manière pertinente.</p>
	Actes techniques réalisés par 5 autres spécialités médicales (non couvertes par EPPM)	Enquête dite « CCAM » (Classification Communes des Actes Médicaux) sur la fréquence des actes techniques + L'observatoire national de la sénologie (Sénolog)	<p>L'enquête CCAM relève l'activité ambulatoire de certaines spécialités très techniques, pour l'année 2000, en cabinet et en établissement. Elle recueille les actes techniques réalisés par un échantillon stratifié de médecins spécialistes durant une semaine pour des assurés sociaux des 3 grands régimes d'Assurance maladie : CNAMTS, CANAM, MSA.</p> <p>La majorité des spécialités médicales étant couverte par EPPM, l'exploitation de cette enquête se restreint à 5 spécialités médicales. Pour ces spécialités, excepté la radiologie, l'activité ambulatoire n'est couverte qu'en partie car elle est principalement composée de consultations, les actes techniques étant effectués au cours d'hospitalisation.</p> <p>La mission de l'observatoire de la sénologie, créé en 2005, est de décrire l'activité de la radiologie libérale en matière de pratique mammographique. Ainsi, 5 000 examens par jour de dépistage du cancer du sein sont enregistrés. Cette source est utilisée dans le cadre des actes de mammographie.</p>
Sages-femmes libérales	Système National Inter-Régimes (SNIR) + ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé)	<p>Le SNIR permet de recueillir et d'agréger au plan national l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à un remboursement par les caisses gérant l'Assurance maladie. En 2002, on peut considérer que les données du SNIR représentent la consommation de 98% de la population couverte par l'Assurance maladie.</p> <p>Les données d'activité des sages de femmes sont extraites du travail de F. Midy et al. in. <i>Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale</i>, rapport ONDPS, 2004, tome 3/5.</p>	

Poste de soins	Partition (éventuelle) du poste de soins	Source de données ou d'informations utilisée	Descriptif de la source : contenu et contexte d'utilisation
Soins d'auxiliaires médicaux	Kinésithérapeutes	Enquête sur l'activité des masseurs-kinésithérapeutes (CNAMTS-MSA-CANAM)	Cette enquête ponctuelle de 2001 a été effectuée auprès d'un échantillon de patients et recense toutes les informations nécessaires à notre analyse. Son champ théorique a été extrapolé pour cette étude à l'ensemble de l'activité totale des kinésithérapeutes en ambulatoire.
	Infirmiers	Enquête santé et protection sociale (ESPS)	Cette enquête est bi-annuelle. L'exploitation faite ici réunit les données de 2000 et 2002. ESPS est réalisée sur un panel tournant construit à partir d'un échantillonnage de l'Echantillon Permanent des Assurés Sociaux (EPAS). L'entité de base est le ménage et en principe tout le foyer de l'assuré principal est enquêté. Le recueil autogéré, via un carnet de soins, se fait sur des informations de consommations de soins, des données sociales, économiques et professionnelles, des données de morbidité et des informations sur le niveau de couverture sociale. Le taux de couverture théorique de cette source est obtenu à partir du biais d'enquête calculé pour les bénéficiaires des trois régimes (l'EPAS est représentatif de la CNAMTS, MSA et la CANAM), et de la part des dépenses reconnues des trois régimes par rapport à l'ensemble des régimes.
	Orthophonistes	ESPS	De la même façon que pour les soins d'infirmiers, l'activité ambulatoire des orthophonistes est estimée couverte à 67% par cette enquête. Les données 2000 et 2002 sont aussi agrégées pour ces auxiliaires médicaux.
	Orthoptistes	ESPS	Les données 2000 et 2002 sont aussi agrégées pour les orthoptistes et le calcul du taux théorique de cette source par rapport à l'activité ambulatoire des orthoptistes est identique à celui effectué pour les soins d'infirmiers (67%).
Soins de dentistes		Enquête CCAM sur la fréquence des actes bucco-dentaires en 2003 + le SNIR	L'enquête CCAM porte sur un échantillon représentatif de chirurgiens-dentistes libéraux (omnipraticiens et spécialistes en orthopédie dento-faciale), hors établissement. La bonne représentativité de l'échantillon garantit la qualité de l'extrapolation à la France entière et à l'ensemble des praticiens.
Analyse de biologie		Codage de la Biologie (CNAMTS)	Les données de cette source correspondent à l'ensemble des analyses de biologie prescrites par l'ensemble des spécialités médicales, pour les assurés du Régime général en 2002. Pour des raisons décrites dans le chapitre « Méthodes » de ce rapport, seules les informations sur les médecins généralistes sont exploitées.

Poste de soins	Partition (éventuelle) du poste de soins	Source de données ou d'informations utilisée	Descriptif de la source : contenu et contexte d'utilisation
Médicaments	Prescription des MG et de 12 spécialités médicales	EPPM	Cf. <i>supra</i>
	Prescription des autres spécialités (non couvertes par EPPM)	Codage du Médicament	Cette source recense les médicaments prescrits par des médecins libéraux ou hospitaliers et délivrés en officine, acquis et présentés au remboursement par les personnes relevant du Régime général en 1999. On va se servir de cette enquête en complément d'EPPM, donc le nombre des spécialités médicales concernées est restreint. Il s'agit de spécialités dont l'implantation libérale est marginale. La couverture de cette source est lacunaire puisqu'elle ne tient pas compte des dépenses de médicaments non remboursables et de tous les coûts liés aux médicaments non présentés au remboursement.
	Automédication	ESPS	Ici ce n'est pas le carnet de soins prospectif qui est utilisé (contrairement au relevé des soins d'auxiliaires médicaux) mais le relevé des consommations pharmaceutiques de la veille. Une variable filtre nous permet de ne repérer que les médicaments acquis sans ordonnance. Seule l'année 2002 sera exploitée ici.
	Affectation directe des vaccins	Données de l'AFSSAPS et du LEEM (Les entreprises du médicament)	L'AFSSAPS fournit les chiffres d'affaires des fabricants de produits, hors taxes, en distinguant les produits non remboursables des remboursables. Il s'agit de l'ensemble des unités produites par les laboratoires et vendues aux grossistes, pour l'année 2002. Les prix publics sont obtenus à partir de données d'un rapport du LEEM.
	Affectation directe des contraceptifs oraux	Données de l'AFSSAPS et du LEEM	<i>Idem</i>
	Affectation directe des médicaments anti-tabac	Données de l'AFSSAPS et du LEEM	<i>Idem</i>
Autres biens médicaux	Affectation directe des stérilets	CEFS (Comité Economique des Produits de Santé)	Le rapport d'activité du CEFS de 2001 donne les dépenses de la LPP (Liste des produits et prestations) en 2000, avec le détail des ventes de stérilets.

Annexe n° 3 – Tableaux de prévention détaillés pour les sous postes des « Soins ambulatoires » : soins de médecins, de dentistes, d'auxiliaires médicaux et analyses médicales

Tableau n° 12
Estimation des dépenses de prévention dans les soins de médecins libéraux et de sages-femmes de la CSBM

	A. Eviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable			B. Dépister les maladies	C. Prendre en charge les FR et les signes avant-coureurs des maladies		ENSEMBLE	
	A1	A2	A3		TOTAL colonne A	C1		C2
	Mesures à visée environnementale	Prévention axée sur le comportement individuel	Prévention réalisée dans le cadre du système de soins			Prise en charge des FR et des comportements à risque		Prise en charge des formes précoces des maladies
Soins de <u>médecins</u> et de <u>sages-femmes</u> (poste « Ambulatoire ») <i>Montants en millions d'euros</i>								
Programme de prévention et de SP	0,0	0,0	91,1	91,1	532,1	1,6	533,7	
Total « Programmes »	0,0	0,0	91,1	91,1	532,1	1,6	533,7	
Hors programme de prévention et de SP	0,0	6,6	202,4	209,1	0,2	22,8	22,9	
Total « Hors Programmes »	0,0	6,6	202,4	209,1	0,2	22,8	891,1	
Total « Programmes + Hors programmes »	0,0	6,6	293,5	300,2	532,3	24,3	2 021,0	

Tableau n° 13
Estimation des dépenses de prévention dans les soins de dentistes de la CSBM

Soins de dentistes. (poste « Ambulatoire ») <i>Montants en millions d'euros</i>	A. Eviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable				B. Dépister les maladies		C. Prendre en charge les FR et les signes avant-coureurs des maladies			ENSEMBLE
	A1	A2	A3	TOTAL colonne A	B	C1	C2	TOTAL colonne C		
	Mesures à visée environnementale	Prévention axée sur le comportement individuel	Prévention réalisée dans le cadre du système de soins							
Dépenses individualisables	0,0	0,0	0,0	0,0	9,5	0,0	0,0	0,0	0,0	
Dépenses non individualisables										
Total « Programmes »	0,0	0,0	0,0	0,0	9,5	0,0	0,0	0,0	0,0	
Hors programme de prévention et de SP	0,0	0,0	0,0	0,0	427,8	0,0	3,2	3,2	3,2	
Total « Hors Programmes »	0,0	0,0	0,0	0,0	427,8	0,0	3,2	3,2	431,0	
Total « Programmes + Hors programmes »	0,0	0,0	0,0	0,0	437,3	0,0	3,2	3,2	440,5	

Tableau n° 14
Estimation des dépenses de prévention dans les analyses biologiques de la CSBM

	A. Eviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable			B. Dépister les maladies	C. Prendre en charge les FR et les signes avant-coureurs des maladies			ENSEMBLE	
	A1	A2	A3		TOTAL colonne A	C1	C2		TOTAL colonne C
	Mesures à visée environnementale	Prévention axée sur le comportement individuel	Prévention réalisée dans le cadre du système de soins						
Analyses médicales (poste « Ambulatoire ») <i>Montants en millions d'euros</i>									
Dépenses individualisables	0,0	0,0	0,0	0,0	47,0	0,0	0,1	0,1	
Dépenses non individualisables									
Total « Programmes »	0,0	0,0	0,0	0,0	47,0	0,0	0,1	47,1	
Hors programme de prévention et de SP	0,0	0,0	19,5	19,5	213,6	0,0	0,0	0	
Total « Hors Programmes »	0,0	0,0	19,5	19,5	213,6	0,0	0,0	233,1	
Total « Programmes + Hors programmes »	0,0	0,0	19,5	19,5	260,6	0,0	0,1	280,2	

Tableau n° 15
Estimation des dépenses de prévention dans les soins d'auxiliaires médicaux de la CSBM

Soins d'auxiliaires médicaux (poste « Ambulatoire ») <i>Montants en millions d'euros</i>	A. Eviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable			B. Dépister les maladies		C. Prendre en charge les FR et les signes avant-coureurs des maladies		ENSEMBLE
	A1	A2	A3	B	C1	C2	TOTAL colonne C	
	Mesures à visée environnementale:	Prévention axée sur le comportement individuel	Prévention réalisée dans le cadre du système de soins	Dépistages	Prise en charge des FR et des comportements à risque	Prise en charge des formes précoces des maladies		
Dépenses individualisables	0,0	0,0	37,3	0,0	0,0	56,5	56,5	
Dépenses non individualisables								
Total « Programmes »	0,0	0,0	37,3	0,0	0,0	56,5	56,5	93,8
Hors programme de prévention et de SP	0,0	0,0	13,1	59,9	0,0	29,0	29,0	
Total « Hors Programmes »	0,0	0,0	13,1	59,9	0,0	29,0	29,0	101,9
Total « Programmes + Hors programmes »	0,0	0,0	50,4	59,9	0,0	85,5	85,5	195,7

Achever d'imprimer le 30 avril 2008
TOP CHROMO
6, place du Village - Parc des Barbanniers
92632 Gennevilliers Cedex
Dépôt légal : Avril 2008

LE SERVICE DOCUMENTATION DE L'IRDES

Achats de publications

Sur place ou par courrier :

IRDES
Service Diffusion
10, rue Vauvenargues
75018 Paris

Horaires d'ouverture :

Lundi au vendredi : 9 h 30 - 12 h / 14 h - 16 h

Consultation du fonds documentaire

Sur rendez-vous tél. : 01.53.93.43.51

Horaires d'ouverture :

Lundi, mardi, jeudi: 9 h - 12 h 15

Informations sur les travaux de l'IRDES

Toute personne peut demander à être intégrée dans le fichier des correspondants de l'IRDES afin d'être régulièrement informée des dernières publications.

tél. : 01.53.93.43.17/06 - fax. : 01.53.93.43.50

INTERNET : E-MAIL & WEB

Vous pouvez communiquer avec l'IRDES aux adresses suivantes :

avec le service Diffusion

E-mail : diffusion@irdes.fr

avec le service Documentation

E-mail : documentation@irdes.fr

avec le service informatique des logiciels Eco-Santé

E-mail : ecosante@irdes.fr

www.irdes.fr

notre serveur Web

L'IRDES met à votre disposition un serveur sur Internet

Ce service vous permet d'obtenir en direct des informations sur l'IRDES :

Présentation du centre et de l'équipe

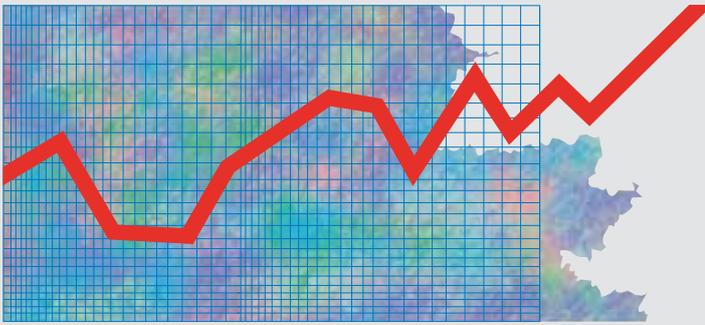
Informations sur les enquêtes de l'IRDES

Informations sur les logiciels Eco-Santé

Consultation des bibliographies chronologiques et thématiques

Description du fonds documentaire

Commandes de rapports



Les dépenses de prévention en France Estimation à partir des Comptes Nationaux de la Santé 2002

Les dépenses de prévention isolées dans les Comptes Nationaux de la Santé s'élèvent, en 2002, à 2,5 milliards d'euros pour la prévention individuelle et 2,2 milliards d'euros pour la prévention collective, ce qui représente au total 2,9 % de la Dépense Courante de Santé. Cependant, ces montants sous-estiment le niveau réel des ressources consacrées à la prévention individuelle puisqu'ils recouvrent uniquement les actions de prévention dont le financement est institutionnel ou alloué sur des fonds spécifiques ; en particulier, l'activité préventive intégrée à la pratique courante des professionnels de santé est occultée.

Cette étude présente une méthodologie pour estimer ces dépenses de prévention complémentaires à partir des Comptes de la santé : il s'agit de repérer et de valoriser les actions de prévention au sein de l'agrégat Consommation de Soins et de Biens Médicaux. Préalablement, nous menons une réflexion sur les contours du champ de la prévention, sur ses frontières avec l'activité curative et proposons un mode de classement *ad hoc* des différents niveaux de prévention.

La dépense totale consacrée à la prévention en France pour l'année 2002 peut être évaluée à 10,5 milliards d'euros, soit 6,4 % de la Dépense Courante de Santé et un peu plus de 0,6 % du PIB. Seul 1/5^e de cette dépense relève d'actions de prévention ciblées sur les individus, le reste étant imputable à des actions de prévention collective, mesures à visée environnementale ou campagnes d'information et d'éducation à la santé. 52 % des dépenses de prévention relèvent d'actions cherchant à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable chez les bien-portants, 24 % sont consacrées au dépistage et 24 % à la prise en charge de facteurs de risque non compliqués et de signes avant-coureurs de maladies.

Mots-clefs : *prévention, dépenses de santé, Comptes de la santé, classification, France, 2002.*

* * *

Expenditure on prevention in France Estimate from the National Health Accounts 2002

In French Health Accounts 2002, expenditure on prevention is valued at 2.5 billion € for individual prevention and 2.2 billion € for collective prevention, which represents 2.9% of Total Expenditure on Health. However, such amounts underestimate the real cost of prevention (especially prevention targeted to individuals) since Health Accounts identify only preventive care with specific administrative or institutional funding. For example, the preventive care activity performed in health professionals' daily practice remains unidentified.

Our study proposes a methodological framework to estimate this additional expenditure on prevention: the purpose is to track down and then to value this missing preventive activity in the Expenditure on Health Care (CSBM). This methodology is based upon an appropriate definition of the field of "prevention" used in this study: we then discuss the boundary between preventive and curative care and we also provide a relevant classification of preventive care (in order to classify and to hierarchy expenditures that we estimate).

The overall expenditure on prevention in France in 2002 was about 10.5 billion €, i.e. 6.4% of Total Expenditure on Health and more than 0.6% of Gross Domestic Product. Only 20% out of this are attributable to preventive care targeted to individuals, while the remaining 80% are incurred by environmental measures, promoting public health programs or health education campaigns. 52% of the expenditure on prevention is devoted to prevent disease or undesirable states, 24% is spent on disease screening and 24% on interventions in non complicated risk factors or early stage disease.

Keywords : *prevention, health expenditure, Health Accounts, classification, France, 2002.*