

L'économie de la prévention en santé

Bibliographie thématique

Février 2023

Centre de documentation de l'Irdes

Marie-Odile Safon

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

Sommaire

Problématique	2
Définition de la prévention : vers un certain consensus	3
FOCUS SUR LES DEFINITIONS	3
La prévention en France : une pléiade d'acteurs, d'agences et de programmes	5
ÉTUDES GLOBALES	5
ÉTUDES SPECIFIQUES	19
La prévention à l'international : des systèmes très différents	57
ÉTUDES GLOBALES	57
ÉTUDES SPECIFIQUES	66
Coût de la prévention en France : des études pertinentes, mais des écueils pour un chiffrage global	87
FOCUS : UNE ESTIMATION DES DEPENSES DE PREVENTION	87
ÉTUDES GLOBALES	89
ÉTUDES SPECIFIQUES	102
Coût de la prévention à l'international : de nombreuses évaluations de dispositifs ou programmes	120
FOCUS : UNE ESTIMATION DES DONNEES DE PREVENTION	120
ÉTUDES GLOBALES	120
ÉTUDES SPECIFIQUES	139
Pour poursuivre la recherche	170
PANORAMA D'ENSEMBLE	170
DOSSIERS DOCUMENTAIRES	170
IDENTIFICATION D'AUTRES ETUDES DE COUT	171
IDENTIFIER LES INSTITUTIONS OU RESSOURCES EN PREVENTION :	172

Problématique

L'objectif de cette bibliographie est de recenser des sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels...) sur la prévention en santé sous l'angle économique pour la période s'étendant de 2000 à 2022. Le périmètre géographique retenu concerne la France et les pays de l'OCDE.

Les recherches bibliographiques ont été réalisées sur les bases suivantes : Base bibliographique de l'Irdes, Banque de données santé publique (BDSP), Cairn, Medline et Econlit. Les revues de la littérature (systematic review, literature review, scopus review) et les documents accompagnés de résumé ont été privilégiés.

Les aspects ciblés étaient les suivants :

- Définitions de la prévention ;
- Organisation et politique de prévention ;
- Coûts de la prévention.

En axant plus particulièrement sur les risques : obésité, diabète, pathologies cardiovasculaires, cancers, santé mentale, santé buccodentaire, sida, suicide, toxicomanies....

Les références sont présentées par ordre alphabétique d'auteur.

Définition de la prévention : vers un certain consensus

FOCUS SUR LES DEFINITIONS

➤ D'après l'OMS :

La prévention selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1948¹ est la suivante : "la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps".

Il s'agit d'en distinguer trois types :

- **La prévention primaire** : ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux ou sociétaux.

- **La prévention secondaire** : est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.

- **La prévention tertiaire** : qui intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

In : Dictionnaire français de santé publique / J.C. Sournia

Repris par le [rapport Flajolet \(2008\)](#) : annexe 1 la prévention : définitions et comparaisons

Par ailleurs, [la Charte d'Ottawa](#)² définit pour la première fois, en 1986, le concept de promotion de la santé. La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. L'objectif est donc d'aider les personnes, les groupes, les populations à exercer un plus grand contrôle sur leur santé et sur les déterminants de celle-ci. Pour cela, la charte formule plusieurs axes d'action : mettre en place un meilleur contrôle sur la santé, assurer les conditions préalables, promouvoir des politiques publiques de bonne santé, créer des environnements supportifs, réorienter les services de santé, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles. Elle constitue de ce fait un des textes fondamentaux de la santé publique moderne et suggère un corpus de méthodes particulièrement adapté à la lutte contre les excès de la mondialisation économique et ses effets sur la santé³.

¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

² Oms (1986)

³ Deschamps J.P. (2003)

➤ D'après le code de la santé publique :

[Article L1417-1](#) du Code de la Santé publique ([loi n° 303-2002 du 4 mars 2002](#) : Article 79.1, Journal Officiel du 5 mars 2002)

C'est en effet la loi du 4 mars 2002 dite de « Modernisation sociale » qui reconnaît la place de premier plan qu'occupe la prévention dans la politique de santé. et définit la prévention comme suit : 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.

Le rapport de l'Irdes sur [les dépenses de prévention \(2008\)](#). Chapitre 1 : « Définir et circonscrire la prévention », reprend cette définition tout en délimitant très précisément le champ.

[Cet article a été modifié par la loi du 26 janvier 2016](#) : Article 172 : texte en vigueur actuellement.

L'édition 2016 du code de la santé publique ne comporte plus de définition de la prévention, mais elle est bien considérée comme une des missions de la nouvelle agence de santé publique : [Santé publique France créée par l'ordonnance n° 2016-462](#) et le [décret 2016-523](#) du 1^{er} mai 2016.

En ce qui concerne la promotion de la santé, le concept n'a pas été clairement défini dans la loi de mars 2002 et dans la dénomination de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)⁵.

Et il faut donc attendre la [loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016](#), puis la création de l'agence nationale de santé publique : [Santé publique France \(ordonnance n° 2016-462 et décret 2016-523](#) du 1^{er} mai 2016), pour que la promotion de la santé comme la prévention soit enfin inscrit dans les textes et constitue une des missions de l'agence.

➤ **Selon le "Traité de Santé Publique" chapitre 15 : Prévention et promotion de la santé de François Bourdillon, Gilles Brucker, Didier Tabuteau (Médecine-Sciences Flammarion, 2008) :**



La notion de prévention décrit l'ensemble des actions, des attitudes et comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé. Il convient de distinguer :
- La prévention dite de "**protection**" qui est avant tout une prévention "de", ou "contre", laquelle se rapporte à la défense contre des agents ou des risques identifiés.
- La prévention dite "**positive**" voire universelle, du sujet ou de la population, sans référence à un risque précis, qui renvoie à l'idée de "promotion de la santé".

➤ D'après les économistes :

L'article fondateur d'Ehrlich et Becker [1972] distingue deux familles de prévention : **l'autoprotection et l'autoassurance**.

^{5 5} Deschamps J.P. (2003)

La prévention en France : une pléiade d'acteurs, d'agences et de programmes

ÉTUDES GLOBALES

Bagein, G., Costemalle, V., Deroyon, T., et al. (2022). L'état de santé de la population en France. Paris Drees: 70 , tab., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102.pdf>

Ce dossier fait le point sur l'état de santé en France et en analyse les déterminants. Il mobilise, pour se faire, les données les plus récentes, avec un focus sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

Berard, J. L., Oustric, S. et Seiller, S. (2019). Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail. Neuf constats, vingt propositions. Paris 1er Ministre: 155 , fig.

[https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/02/rapport_de mm. berard oustric et seiller relatif a la prevention lefficacite lequite et la maitrise des arrets de travail - 20.02.2019.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/02/rapport_de_mm_berard_oustric_et_seiller_relatif_a_la_prevention_lefficacite_lequite_et_la_maitrise_des_arrets_de_travail_-_20.02.2019.pdf)

Ce rapport, intitulé « Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail », développe neuf constats et vingt propositions visant à mobiliser l'ensemble des acteurs sur la problématique des arrêts de travail. Il s'agit notamment : d'encourager les mesures de prévention primaire, en fournissant aux entreprises des informations leur donnant des points de comparaison pour mettre en place un plan d'actions adapté; de renforcer les actions de prévention de la désinsertion professionnelle pour réduire la durée des arrêts longs et favoriser le retour à l'emploi; de donner de meilleurs outils aux médecins pour une prescription pertinente des arrêts de travail ; d'offrir des alternatives à l'arrêt de travail, tels que le télétravail au choix du salarié, et de révoquer les règles de contrôle ; d'améliorer l'équité du système d'indemnisation, notamment en faveur des salariés les plus précaires, tout en allégeant les tâches de gestion.

Bezagu, P., Amar, E., Rey, O., et al. (2022). Des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) vers des services de santé étudiante (SSE). Paris IGESR: 54.

<https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/services-universitaires-medecine-preventive-et-promotion-sante-sumpps-vers-SSE-84164>

Ce rapport dresse un état des lieux des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS). Il formule des recommandations tendant d'une part, à l'adaptation des missions de ces services au regard de la réalité des besoins ou des attentes des étudiants en matière de santé et d'autre part, à l'amélioration de leurs conditions d'organisation et de fonctionnement. Parmi les mesures proposées, outre un changement de dénomination pour ces services qui pourraient devenir des services de santé étudiante (SSE), la mission plaide pour recentrer leurs missions autour de quelques priorités, dont la santé mentale et vers des publics prioritaires au nombre desquels figurent les étudiants en situation de handicap et les étudiants en mobilité, en supprimant la référence à l'examen de santé systématique pour tous dont la faisabilité et l'efficacité ne sont pas avérées. Par ailleurs la mission propose d'assurer une implication plus systématique de l'ensemble de la communauté universitaire représentée dans les conseils centraux et d'inciter à la consolidation et le développement des partenariats territoriaux notamment pour permettre à tous les étudiants, quel que soit leur établissement d'affectation, l'accès à l'offre de santé dans des conditions optimales.

Bourdillon, F. (2009). Agences régionales de santé : promotion, prévention et programmes de santé. Saint-Denis, Inpes

La création des agences régionales de santé (ARS) représente à la fois une évolution majeure du système de santé français et un défi pour l'ensemble des acteurs institutionnels, professionnels et

associatifs. Pour accompagner cette réforme de grande ampleur, le ministère chargé de la Santé a confié à plusieurs groupes de travail la mission de fournir des éléments permettant une mise en oeuvre rapide et pertinente. Ce volume propose des modalités d'organisation des ARS pour mieux prendre en compte la promotion de la santé en France. L'approche proposée s'inscrit résolument dans le champ de la santé publique. Plusieurs recommandations sont faites - notamment de travailler de manière matricielle en croisant les approches par populations, milieux et pathologies, de développer des activités intersectorielles et interministérielles, et de ne pas fondre les activités de sécurité sanitaire avec celles de promotion de la santé. Les missions et les champs d'un futur pôle Promotion, prévention et programmes de santé sont présentés. Des fiches thématiques donnent des éclairages sur les concepts, les fonctions des acteurs, les champs et les outils de la promotion de la santé.

Bourdillon, F. (2016). "La France se dote d'une agence nationale de santé publique : Santé publique France." Sante En Action (La)(436): 4-.

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE 7klqR0xC. Diffusion soumise à autorisation]. Santé publique France, nouvelle agence nationale de santé publique créée par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Santé publique France réunit les missions de trois agences sanitaires et d'un groupement d'intérêt public : l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus) et Addictions, drogues, alcool info service (Adalis).

Bourdillon, F. (2022). "Les avancées du quinquennat 2017-2022 en matière de prévention." Seve : Les Tribunes De La Sante(71): 17-31.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-1-page-17.htm>

La prévention a été considérée comme une priorité dès 2018. À l'aune des prochaines élections présidentielles, il est apparu important de dresser un bilan des politiques publiques de santé dans ce domaine en sachant que ces dernières ont été bouleversées par la pandémie de Covid-19 toujours active. Les politiques vaccinales ont marqué le quinquennat. La lutte contre le tabac a été poursuivie et amplifiée avec notamment l'augmentation du prix du tabac pour un paquet à 10 €. En revanche, la politique contre les consommations excessives d'alcool a bien du mal à se déployer sous la pression des lobbys. En matière de nutrition la France a adopté un Plan national nutrition santé 4 et poursuivi le déploiement du Nutri-Score, d'ores et déjà adopté par six pays de l'Union européenne. Mais il n'y a toujours pas de réglementation de la publicité et du marketing des aliments en fonction de leur qualité nutritionnelle. Sont analysées également les politiques de santé sexuelle, de santé-environnement, des 1 000 premiers jours, la mise en place du service sanitaire et le passage à 80 km/h. Le fonds de lutte contre le tabac, devenu fonds de lutte contre les addictions, représente un modèle de taxes pouvant alimenter un fonds « prévention ». À quand la création d'un tel fonds alimenté par les taxes sur l'alcool, les produits particulièrement gras, sucrés et salés, les jeux et les paris ?

Bourdillon, F., Brucker, G., Tabuteau, D., et al. (2008). Traité de santé publique, Paris : Médecine Sciences Flammarion

Cet ouvrage réalisé par des spécialistes du domaine synthétise toutes les informations disponibles et actualisées sur la santé publique en France. Les thèmes abordés sont regroupés selon les problématiques suivantes : les grands enjeux de santé publique (droits des personnes, qualité des soins, sécurité sanitaire ?) ; état de santé et principales pathologies ; questions de société (accidents, addictions, violence ?) avec une approche par groupes de population : organisation de la santé publique.

Breton, E. d., Jabot, F. d., Pommier, J. d., et al. (2017). La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone, Rennes : Presses de l'EHESP

[BDSP. Notice produite par EHESP orR0XJFI. Diffusion soumise à autorisation]. Ce manuel pédagogique présente l'essentiel des savoirs en promotion de la santé : définitions, principaux concepts, principes

et théories, connaissances et outils clés pour appréhender, planifier, mettre en oeuvre et évaluer des projets en promotion de la santé. Structuré comme une série de cours spécifiques, il a été pensé et construit sur la base de compétences clés en promotion de la santé et s'appuie sur l'expérience de chercheurs et professionnels internationaux (France, Belgique, Suisse, Canada, pays d'Afrique francophone) afin de mieux comprendre les pratiques et de valoriser les outils existants et émergents. (4ème couv.).

Chambaud, L. et Schwartz, L. éd. (2016). La santé publique en question (s), Rennes : Presses de l'EHESP

[BDSP. Notice produite par EHESP AIF7R0xk. Diffusion soumise à autorisation]. En dix questions, Laurent Chambaud présente les enjeux essentiels de la santé publique et analyse, entre autres, les systèmes de santé, la prévention en santé, les inégalités, les crises sanitaires, la démocratie sanitaire. Une introduction à la santé publique illustrée par le dessinateur de presse, Loïc Schwartz.

Communauté Européenne, OCDE

[State of Health in the EU – France : profil par pays 2021](#)

Chauvin, F. p. et Mansour, Z. p. (2017). Stratégie nationale de santé publique : contribution du Haut Conseil de la santé publique. Avis et rapports. Paris HCSP: 189 , tab., graph., fig.
[https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=627#:~:text=Le%20Haut%20Conseil%20de%20la%20sant%C3%A9%20publique%20\(HCSP\)%20a%20%C3%A9t%C3%A9,nationale%20de%20sant%C3%A9%20\(SNS\).](https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=627#:~:text=Le%20Haut%20Conseil%20de%20la%20sant%C3%A9%20publique%20(HCSP)%20a%20%C3%A9t%C3%A9,nationale%20de%20sant%C3%A9%20(SNS).)

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi pour réaliser l'analyse de l'état de santé de la population, de ses déterminants, des stratégies d'action afin de déterminer les domaines d'action et des objectifs de la Stratégie nationale de santé (SNS). Il a ainsi identifié quatre problèmes à prendre en compte : les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux toxiques ; l'augmentation des risques d'exposition de la population aux risques infectieux ; l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et ses conséquences ; l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux. Quatre principes d'action : la santé comme objectif dans toutes les politiques ; une lutte résolue et active contre les inégalités territoriales et sociales de santé ; une approche territorialisée de la SNS ; la nécessité d'impliquer les usagers et les citoyens. Et cinq axes d'actions : une politique de prévention et de promotion de la santé ambitieuse et soutenue ; des orientations pour un système de santé adapté aux enjeux ; le développement de l'innovation en santé ; le développement et le soutien à la formation et à la recherche en santé publique ; une politique spécifique axée sur la santé des enfants et des adolescents. Le HCSP préconise, enfin, une approche par déterminants de santé, plutôt qu'une approche par pathologie. Pour améliorer la gouvernance, il recommande que soit élaboré et mis en oeuvre un Plan national de santé publique.

Clement, J. M. (2016). La loi santé : analyse, commentaires, critiques, Bordeaux : LEH Editions

Encore une loi, et quelle loi ! Plus de 200 articles aussi abscons que bavards. Comment pénétrer dans cette inextricable forêt juridique ? Plutôt que de paraphraser les différents articles de cette loi dite « de modernisation de notre système de santé », l'auteur, en spécialiste du droit de la santé, nous éclaire sur la volonté du législateur et nous permet de comprendre les tenants et les aboutissants idéologiques de la ministre Marisol Touraine qui a voulu cette « grande loi ». La loi Santé 2016 est étatique dans le prolongement de la loi HPST du 21 juillet 2009 puisqu'elle ajoute du centralisme en donnant encore plus de pouvoirs aux agences régionales de santé, établissements publics de l'État. La loi Santé 2016 est idéologique dans le sens où, selon ses concepteurs, elle doit modeler les comportements des usagers et des professionnels de la santé. La loi Santé 2016 s'occupe de tout, veut tout régenter et donne à son lecteur une impression de désordre. Or, il est essentiel de la connaître (4e de couverture.)

Comité Interministériel en ISanté (2018). Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie. Paris Comité interministériel pour la santé: 40.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf

La promotion de la santé et la prévention constituent le premier axe de la Stratégie nationale de santé 2018 – 2022. La France connaît en effet un retard certain en la matière. La mortalité évitable y est très élevée. On meurt trop souvent trop jeune en France. Et une vraie politique de prévention permettrait de préserver près de 100 000 vies par an. Cette publication rassemble et analyse les 25 mesures phares proposée par la stratégie nationale de santé. Elle aborde tous les déterminants de la santé, environnementaux ou comportementaux et parcourt les différents âges de vie avec leurs spécificités, de la préconception à la préservation de l'autonomie de nos aînés.

Cour des Comptes (2021). La politique de prévention en France. Paris Cour des Comptes: 142.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-politique-de-prevention-en-sante>

Dix ans après la parution d'un premier rapport de la Cour des comptes consacré à la prévention sanitaire, l'évaluation réexamine la prévention à travers le cas de trois grandes familles de pathologies – les cancers, les maladies neuro-cardiovasculaires ou NCV, et le diabète. En mesurant l'impact des politiques de prévention menées en France, la Cour a pu constater que les résultats obtenus sont globalement médiocres, et ce, malgré un effort financier comparable à celui des pays voisins. Pour contribuer à renforcer l'efficacité de ces politiques, ce rapport livre une série de recommandations formulées autour de quatre orientations : la déclinaison opérationnelle de ce renforcement, la lutte contre les facteurs de risques, la transformation des pratiques professionnelles en matière de prévention, et l'optimisation de l'utilisation du numérique.

Cour des Comptes (2021). La santé des enfants. Paris Cour des Comptes: 175 , annexes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-sante-des-enfants>

Les inégalités de santé dans l'enfance sont marquées (chapitre I). Cependant l'insuffisante coordination d'ensemble et la complexité de la gouvernance et du pilotage réduisent l'efficacité et la lisibilité de cette politique de réduction des inégalités de santé dans l'enfance. Des outils et mécanismes à vocation universelle visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé existent, mais leurs résultats n'ont qu'une portée limitée en raison des difficultés à atteindre toutes les catégories de la population (chapitre II). Alors que les acteurs historiques comme la médecine scolaire et la protection maternelle et infantile (PMI), et plus largement les médecins spécialisés en santé de l'enfant sont en situation de fragilité, il conviendrait de réorganiser l'ensemble de la prise en charge pour redéfinir le parcours de santé des enfants autour de la prévention et du médecin traitant, en l'inscrivant dans un cadre d'action territorialisé adapté aux besoins et aux ressources du territoire, et en s'appuyant sur le levier de la transformation numérique (chapitre III).

Cour des Comptes (2022). Santé Publique France. Paris Cour des Comptes: 113.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/sante-publique-france>

Inspirée à sa création en 2016 du modèle britannique, Santé publique France (SPF) est une agence relevant du ministère de la santé. Issue de la fusion de quatre organismes, elle a été créée pour améliorer la cohérence et l'efficacité des politiques publiques en matière d'observation épidémiologique, de veille sanitaire, de préparation et de réponse aux urgences et crises sanitaires, de prévention et promotion de la santé. Dans son rapport répondant à une demande de la commission des affaires sociales du Sénat, la Cour des comptes a examiné la façon dont l'agence a exercé ses missions depuis 2016, la stratégie qu'elle a mise en œuvre en lien avec le ministère de la santé ainsi que sa gestion administrative. Si SPF a été un acteur essentiel de la lutte contre la pandémie de covid 19, en particulier pour la gestion des stocks stratégiques, la Cour a cependant identifié des faiblesses concernant sa gestion et son positionnement et formule des recommandations pour y remédier.

Davet, J. L., Diebolt, V., Gueniau, J., et al. (2022). Agir pour plus d'efficacité dans notre système de santé. Paris Institut Sapiens: 35.

<https://www.institutsapiens.fr/wp-content/uploads/2022/07/Agir-pour-plus-d'efficacite-dans-notre-syste%CC%80me-de-sante%CC%81.pdf>

La crise du Covid a non seulement mis en avant les points faibles du système de santé français mais elle a également éprouvé ses fondations, du soin hospitalier à la dévotion des patients. Le Ségur de la santé, s'il a su répondre provisoirement à l'urgence du moment, se doit d'être doublé de véritables mesures allant dans le sens de la transformation du système de santé. En plus de répondre à la crise des déserts médicaux et de l'accès aux soins de manière générale, il convient également de permettre l'émergence d'innovations qui façonneront la santé de demain, en ambitionnant de faire de la France un pionnier en la matière. C'est pour renouer avec cette ambition et satisfaire les aspirations sociétales à une transformation de la santé que les experts de l'Observatoire Santé et Innovation de l'Institut Sapiens ont décidé de mettre en avant les sujets qu'ils jugent prioritaires pour le prochain quinquennat. De l'accès territorial aux soins au développement de la prévention, en passant par la promotion de l'innovation et la lutte contre les gaspillages, tous les sujets soulevés poursuivent le même but : garantir l'efficacité du système au service des patients et des praticiens.

Denise, T., Divay, S., Dos Santos, M., et al. (2022). Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques, Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/sociologie/008-pratiques-de-cooperation-en-sante-regards-sociologiques.pdf>

Fruit des journées d'études organisées les 28 et 29 mars 2019 à Paris dans le cadre de rencontres sous l'égide de l'Association française de sociologie (AFS) entre les chercheur·e·s des réseaux thématiques RT1 « Savoirs, travail et professions » et RT19 « Santé, médecine, maladie et handicap », cet ouvrage collectif a pour objet d'aller voir, au plus près des situations de terrain, ce qui se joue sous le couvert des injonctions à la coopération en santé, tout en prenant en compte leurs effets. Il s'agit par exemple d'observer les effets de la coopération sur les frontières professionnelles, sur l'autonomie des protagonistes, ou encore sur la légitimation ou l'invalidation des savoirs tant professionnels que profanes. Les 32 contributions réunies dans cet ouvrage offrent l'occasion de réinterroger la notion de « coopération » en mobilisant une pluralité d'approches théoriques et méthodologiques. Car même centrée sur les pratiques en santé, cette notion renvoie à un ensemble de significations et d'usages sociaux des plus variés, tant de la part des sociologues que des enquêté·e·s. Inscrite dans des rapports de pouvoir, la coopération suppose des mécanismes de régulation pour perdurer. Aussi, s'interroger sur les logiques sous-jacentes à ces mécanismes est-il particulièrement stimulant en termes de réflexion sur les pratiques et leurs possibles évolutions. Comment et par qui les modalités de la coopération et, à travers elles, l'activité de travail, sont-elles construites ? Qui tente ou est sommé de coopérer, qui s'exécute ou non, et avec quelles motivations ? Comment les pratiques de coopération sont-elles mobilisées, instrumentalisées, affichées ou effacées dans les luttes pour la maîtrise des savoirs et de la division du travail de santé ? C'est notamment à ces questions que cet ouvrage répond, en s'adressant tant aux étudiant·e·s et chercheur·e·s qu'aux professionnel·le·s et aux usager·e·s du système de santé, et en inaugurant, avec ce premier opus, la nouvelle collection des éditions de l'Irdes : « Sociologie ».

Durand-Zaleski, I., Champion, M. D. et Institut d'Etudes des Politiques de Santé.(2003). Les politiques de prévention. Paris, Médecine Sciences Flammarion

La modernisation des institutions françaises chargées de la prévention et de la promotion de la santé est apparue à l'équipe scientifique de l'IEPS, avec le soutien de la Canam et de l'INSERM, un thème de réflexion émergent du domaine de la santé. L'approche de ce sujet a été réalisée par l'organisation de deux colloques : l'identification à partir de cas pratiques des facteurs d'échec et des succès des actions de santé publique (dépistage du cancer du sein, prévention des accidents domestiques, calendrier vaccinal, réduction des risques en périnatalité) et la modernisation des institutions françaises chargées de la prévention et de la promotion de la santé. Une question se pose en final : l'environnement

institutionnel de l'Union européenne à la commune en passant par l'Etat nation est-il adapté à la meilleure efficacité des actions de santé publique ?

Fassin, D. (2014). Faire de la santé publique, Rennes : Presses de l'EHESP

Qu'est-ce que la santé publique ? À cette question, de nombreuses réponses ont été apportées, souvent en termes de définitions ou de prescriptions. Plutôt que d'ajouter une pièce supplémentaire à ce catalogue normatif et de dire ce que devrait être la santé publique, Didier Fassin propose ici une lecture analytique en se demandant simplement : qu'est-ce que faire de la santé publique ? Deux voies sont explorées. La première, généalogique, s'intéresse à la constitution d'un gouvernement des corps et des populations dans le temps long de l'histoire. La seconde, sociologique, analyse la construction d'une politique sanitaire à partir du cas exemplaire de la lutte contre le saturnisme infantile.

Geraut, C. et Chamoux, A. (2022). Médecine et Santé au Travail. Loi du 2 août 2021. Attractivité vers cette discipline. Paris Académie nationale de médecine: 13.

<https://www.academie-medicine.fr/medecine-et-sante-au-travail-loi-du-2-aout-2021-attractivite-vers-cette-discipline/>

La médecine et santé au travail est une victoire humaniste de notre époque. Elle est en danger : il existe une pénurie importante de médecins pour les deux métiers de médecin généraliste et de médecin du travail que l'on ne compensera pas en remplaçant les uns par les autres. Pour renforcer l'attractivité envers la médecine et santé au travail, il convient de fixer quelques principes de base : la médecine du travail est une spécialité nécessitant une formation approfondie en toxicologie, pathologie professionnelle par organes et par métiers, physiologie du travail et ergonomie, et enfin législation d'hygiène et sécurité. De nombreuses fonctions du médecin du travail ne peuvent absolument pas être remplies par d'autres acteurs sans qu'ils aient obligatoirement un enseignement approprié : le médecin généraliste peut rencontrer des situations qui font appel à la médecine du travail, notamment le dépistage de maladies professionnelles à son cabinet de ville, qui devraient conduire à des actions de prévention primaire et de réparation si la maladie s'est installée mais aussi à la connaissance de facteurs d'environnement non professionnels qui devraient faire partie de sa formation obligatoire. Il faut faciliter la relation professionnelle étroite entre médecin du travail et généraliste dans l'intérêt du patient et pour un bon exercice de la médecine du travail. Le dossier médical partagé ne peut être totalement disponible pour les différentes sortes de médecins, sans certaines garanties ; le rôle des infirmiers du travail peut être étendu sous la responsabilité du médecin du travail, notamment en matière de vaccinations et d'entretiens infirmiers mais seulement dans le cadre de délégations précises avec un protocole qui pourrait être national pour éviter trop de diversités locales ou régionales. La nouvelle loi du 2 août 2021 augmente les tâches et les responsabilités du médecin du travail et augmente ainsi l'attractivité vers cette profession à condition que l'enseignement de la médecine et santé au travail soit présent et conséquent dans toutes les facultés de médecine, pour éviter le phénomène d'absence d'information sur une discipline passionnante mais trop souvent méconnue ou non enseignée.

Guerry, R. (2021). Un système de santé pour toutes et tous, ancré dans les territoires. Paris Le Labo de l'Economie Sociale et Solidaire : 68.

Alors que nous vivons depuis un an une situation de crise sanitaire doublée de terribles conséquences économiques et sociales, le Labo de l'ESS publie une nouvelle étude sur l'économie sociale et solidaire au sein de l'organisation des soins en France. Réalisé en partenariat avec la Caisse des dépôts - Banque des Territoires, ce travail est orienté sur l'accès aux soins de premier recours, en tant que première porte d'entrée dans le système de santé.

HCAAM (2017). Refonder les politiques de prévention et de promo

https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/refonder_les_politiques_de_prevention_et_de_promotion_de_la_santevf07072017.pdf

Fruit de la mise en place, en octobre 2016, d'un groupe de travail réunissant chercheurs et acteurs, cet avis s'attache, tout d'abord, à clarifier les concepts employés par les acteurs et inscrits dans les textes. Puis il formule diverses propositions pour refonder la conduite des politiques de prévention et de promotion de la santé en France. Elles s'articulent autour des axes suivants : mise en place d'une stratégie globale aux niveaux national et régional avec une mise en œuvre coordonnée des programmes d'action, cohérence du financement entre l'État, l'assurance maladie et les collectivités locales, effort particulier en matière d'évaluation à tous les niveaux (évaluation de politique, de programme et d'action) et en matière de recherche sur l'élaboration et la conduite des politiques et sur les organisations.

HCAAM (2018). La prévention dans le système de soins : organisation, territoires et financement – à partir de l'exemple de l'obésité. Avis du HCAAM. Paris HCAAM: 23 , fig., annexes.

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2018/Avis%20pr%C3%A9vention%20-%20HCAAM%20-%2025%20octobre%202018.pdf>

Cet avis s'inscrit dans le prolongement de la contribution du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie du 24 mai 2018 à la Stratégie de transformation de notre système de santé, proposant la constitution de réseaux de proximité portant la responsabilité populationnelle en matière de santé publique, prévention et promotion de la santé. Il définit les conditions de déploiement de la prévention et de son financement dans un cadre de droit commun au sein de la nouvelle organisation à mettre en place. Il s'agit d'inscrire la prévention dans l'activité courante des professionnels de santé et d'articuler leur intervention avec celle des autres acteurs dans les territoires. Le développement concomitant des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des contrats locaux de santé (CLS) dans un format rénové doit être mobilisé au service de cette priorité. La prévention est à cette intersection : « santé dans toutes les politiques » portée par les CLS et mobilisation des professionnels de santé au plus près des besoins. L'application concrète de ces propositions est illustrée à partir de l'exemple de l'obésité.

HCAAM (2020). L'évolution des dispositifs de régulation du système de santé : Rapport d'étape des travaux du HCAAM et avis. Paris HCAAM: 2 vol. (89; 18), fig., tab.

www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/rapport_detape_sur_travaux_regulation_-_hcaam_25_juin_2020.pdf
www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_sur_travaux_regulation_-_hcaam_25_juin_2020.pdf

Le HCAAM a engagé une réflexion sur un nouveau cadre de régulation du système de santé, articulé aux objectifs de santé et aux transformations de moyen terme de l'offre de soins, tout en préservant le principe d'un encadrement des dépenses. Ce rapport d'étape formule les premières propositions.

HCAAM (2021). Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé. Paris HCAAM: 24.

https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_regulation_hcaam_avril_2021.pdf

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) s'est prononcé¹ en faveur d'un

HCSP (2014). Note de réponse à la saisine de Mme la ministre de la santé concernant le tableau de bord synthétique de l'état de santé de la population et du fonctionnement du système de santé. Paris HCSP: 33.

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=422>

En vue de son inscription dans la future loi de santé, la ministre de la santé a saisi le HCSP en février 2014 pour élaborer un tableau de bord synthétique de l'état de santé de la population et du fonctionnement du système de santé, destiné au pilotage interministériel de la Stratégie nationale de santé et à une communication annuelle auprès du grand public. S'appuyant sur les expériences étrangères recensées, le HCSP formule des propositions et ouvre des perspectives de travaux à

engager pour encourager l'analyse des données de santé et la conduite des politiques pour les améliorer. Le tableau de bord proposé explore sept dimensions, donnant une vision globale et intégrée de la santé et des champs d'action pour la faire évoluer, en cohérence avec la Stratégie nationale de santé : état de santé, réactivité du système en réponse aux attentes de la population ; réduction des disparités sociales, géographiques et financières en santé ; qualité et sécurité des soins ; coordination et continuité des prises en charges ; participation des usagers ; qualité de la prévention et de l'action sur les déterminants la santé. Dans chaque dimension sont proposés des indicateurs, sélectionnés au regard des priorités de la Stratégie nationale de santé pour leur intérêt en termes de santé publique, de pilotage interministériel et d'information de la population. Au total quinze indicateurs sont proposés, parmi lesquels six existent déjà et sont recueillis actuellement. Pour les autres, des travaux complémentaires doivent être conduit préalablement à leur mise en place (résumé d'auteur).

HCSP (2018). Place des offreurs de soins dans la prévention. Avis et rapport. Paris Haut Conseil de la santé publique: 3 vol. (83,20; 41), ann., ill.

www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=689

Le Haut Conseil de la santé publique a été saisi par Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins(DGOS) sur la place de la prévention auprès des offreurs de soins. Le HCSP propose des pistes d'évolution pour structurer les pratiques préventives, améliorer leur qualité et leur pertinence, en articulation avec le secteur non soignant. Le HCSP a centré sa réponse sur les offreurs de soins en exercice regroupé (établissements de santé, centres, maisons et pôles de santé), et souligne l'importance que les offreurs de soins s'engagent à la fois par le développement des pratiques cliniques préventives ou soins de santé préventifs et une responsabilité populationnelle renforcée et partagée avec les autres opérateurs du territoire. Il propose par ailleurs de structurer, en région, l'organisation territoriale des missions de prévention et promotion de la santé des offreurs de soins, de doter les offreurs de soins de référentiels nationaux de pratiques en prévention et promotion de la santé, et de mettre en place à moyen terme, au sein des territoires, des pôles d'animation et de coordination territoriaux en santé (PACTeS). Le HCSP recommande notamment l'intégration aux soins de 8 missions portant sur les pratiques cliniques préventives, la responsabilité populationnelle et l'expertise (résumé de l'éditeur).

HCSP (2019). Évaluation de la pertinence et de la cohérence du Plan national de santé publique. Paris HCSP: 94.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=708>

Le Haut Conseil de la santé publique a été saisi le 12 octobre 2018 par la ministre des Solidarités et de la Santé pour assurer l'évaluation du PNSP. Il lui a notamment été demandé d'analyser la pertinence et la cohérence des objectifs du Plan national de santé publique. Le HCSP a considéré que la Stratégie nationale de santé et le Plan national de santé publique formaient un ensemble. Il note une bonne cohérence entre les objectifs de développement durable de l'OMS ou leur déclinaison européenne, les objectifs stratégiques et spécifiques de la SNS et les objectifs opérationnels contenus dans le PNSP. Le HCSP considère que l'objectif de réduction de la mortalité prématurée et de la mortalité évitable est un objectif pertinent du PNSP. Globalement, le PNSP répond au triple objectif qui lui avait été fixé : être la déclinaison de l'axe 1 de la Stratégie nationale de santé et pour les éléments concernant la prévention contenus dans les autres axes et dans les volets spécifiques ; permettre l'intégration d'autres outils de l'action publique en santé publique comme les plans, stratégies ou feuilles de route élaborés pour aborder des problèmes spécifiques de pathologies, de comportements ou de populations particulières ; être un outil permettant de mobiliser différentes politiques autour d'un même objectif d'amélioration de la santé de la population. Cette analyse montre toutefois des faiblesses. C'est le cas de quelques objectifs de la SNS qui font l'objet d'objectifs opérationnels limités mais aussi de la politique de prévention à destination des enfants, des adolescents et des jeunes.

HCSP (2020). Avis et rapport sur l'évaluation in itinere du Plan national de santé publique. Paris HCSP: 2 vol. (69;15).

www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=930

Les conclusions de la première année de l'évaluation in itinere soulignent que l'intitulé « Priorité prévention » devrait remplacer l'intitulé « PNSP », devenir une signature et que ses engagements devraient se poursuivre au-delà de 2022. Le positionnement de « Priorité prévention » devrait être clarifié et formalisé par rapport aux autres plans, mesures et actions en santé. Son enrichissement par de nouvelles mesures est une plus-value à formaliser, en particulier pour les mesures phares. Il faudrait intégrer la prévention dans la gestion de crises sanitaires. La gouvernance interministérielle et le portage par le Premier ministre sont déterminants. Elaborer une stratégie de communication sur « Priorité Prévention », et consolider sa coordination au niveau régional en intersectoriel est nécessaire, tout comme créer un répertoire national de l'ensemble des mesures et actions mises en œuvre. Il n'y a pas d'indicateurs de mesure d'impact des actions de « Priorité Prévention » qui dépend des indicateurs de la SNS, d'où la nécessité de proposer autant d'indicateurs que nécessaire pour évaluer les impacts. Déterminer un seuil minimum de personnes à toucher parmi la population cible permettra de garantir l'efficacité de chaque mesure. La santé des enfants et des jeunes et la santé des plus de 65 ans constituent des objectifs ambitieux dont la mise en œuvre et les indicateurs d'évaluation sont limités. Une culture commune de la prévention et de la promotion de la santé reste à construire pour éviter les contributions en silo et privilégier une approche concertée.

HCSP (2022). Évaluation du service sanitaire des étudiants en santé : rapport final. Paris HCSP: 146.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1244>

Le rapport final de l'évaluation du service sanitaire des étudiants en santé (SSES) complète le rapport intermédiaire du 4 mars 2020 à la suite de la saisine du 30 juillet 2019. Le second volet d'évaluation aborde les effets du SSES sur les représentations et les dynamiques interfilières et les compétences acquises par les étudiants, son impact sur la prévention-promotion de la santé et l'impact de la crise sanitaire Covid-19 sur sa mise en œuvre. Une étude qualitative approfondie a été conduite dans trois régions, soit 4 académies : Auvergne-Rhône-Alpes (académies de Grenoble et Lyon), Centre-Val-de-Loire, Guadeloupe. La crise sanitaire du Covid-19 a fragilisé le SSES, encore incomplètement implanté en sa deuxième année, mais la dynamique pédagogique nationale et en régions s'est néanmoins poursuivie. A l'issue des deux volets d'évaluation, le HCSP recommande le maintien et le renforcement du SSES dans la formation des étudiants en santé. Il est cependant souhaitable de recentrer ses objectifs sur sa fonction pédagogique et d'acquisition de compétences socles en matière de conduite d'actions de prévention primaire et de promotion de la santé en équipe interprofessionnelle et de positionner le service sanitaire dans la première partie des études de santé, dédiée aux apprentissages fondamentaux. Le rapport propose 37 recommandations à destination de la coordination nationale, des agences régionales de santé (ARS) et rectorats, des comités stratégiques régionaux, des comités techniques locaux et des équipes de direction des UFR, écoles et instituts. Ces recommandations concernent le système d'information, la gouvernance régionale et locale, les compétences cibles, l'interprofessionnalité et l'impact en santé publique.

HCSP (2022). Évaluation ex-post du Plan national de santé publique. Avis et rapports. Paris HCSP: 76.
<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/285175.pdf>

L'évaluation ex-post du Plan national de santé publique (PNSP) constitue le 3e volet de l'évaluation menée par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Le HCSP propose plusieurs recommandations, dont celle de confier à une institution légitime la responsabilité du recensement des financements relatifs à la prévention et la conduite de travaux de modélisation de l'impact des politiques publiques de prévention. Il propose également de prévoir, dès la rédaction des plans et / ou programmes de santé publique, la structuration d'un cadre évaluatif et les ressources nécessaires à sa conduite. Afin de développer une culture commune de prévention et de promotion de la santé, le HCSP propose d'intégrer un enseignement commun dans toutes les formations aux métiers du soin, de la médecine, du social et de l'éducation.

Isaac-Sibille, C. et Bareigts, E. (2018). Rapport d'information sur la prévention de la jeunesse. Paris Assemblée nationale: 181.

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i1234.asp>

L'objet du présent rapport est de proposer des solutions pour la mise en œuvre pratique d'une politique de prévention ambitieuse en France, permettant de réduire les inégalités de destins et d'en finir avec les déclarations de bonnes intentions. Ces travaux se concentrent sur la prévention santé à l'égard de la jeunesse, et plus particulièrement sur les actions de prévention primaire, visant à éviter l'apparition des maladies et à promouvoir les comportements favorables à la santé, de la conception à la sortie de l'adolescence. Plus les actions de prévention et de promotion de la santé interviennent tôt, plus elles sont efficaces et « rentables ». De surcroît, les enfants et jeunes d'aujourd'hui sont par définition les adultes et les parents de demain : c'est la santé des populations des décennies à venir qui se joue actuellement. Une telle approche impose de relever deux défis : les différences de temporalité entre l'action publique et la santé des populations : les résultats d'une politique de prévention orientée vers les jeunes ne peuvent être appréciés qu'à l'issue de plusieurs années, et plus probablement de plusieurs dizaines d'années ; la réconciliation des différentes branches du système de santé, qui découlent de l'organisation héritée de 1945, peu propice à la mise en œuvre d'une politique de prévention efficace.

Le Défenseur des Droits (2016). L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. Paris Le Défenseur des droits: 201 , tab., graph., fig.

http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soin_rapport_final_juin2016.pdf

Ce rapport tente de répondre aux questions suivantes : Les enfants placés au titre de la protection de l'enfance sont-ils bien soignés ? Quelle effectivité de leurs droits à la santé et aux soins ? La prise en compte de la santé des enfants placés est d'autant plus importante que leur exposition plus fréquente à la précarité et à des situations de vulnérabilité particulière ont pu participer à dégrader leur état de santé et à les éloigner des soins et politiques de prévention. Aussi, la prise en charge de ces enfants au titre de leur protection prend-elle en compte ces problématiques renforcées de santé ?

Lengagne, P., Penneau, A., Pichetti, S., et al. (2015). L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France. Tome 1 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages. Les rapports de l'Irdes ; 560. Paris IRDES: 128.

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france-tome-1-menages.pdf>

Même si des progrès ont été faits en matière d'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap (cf. loi du 11 février 2005), la question de leur accès aux soins courants et à la prévention demeure d'actualité. Le manque de données permettant d'identifier et de caractériser cette population ainsi que de mesurer son recours aux soins dans les enquêtes santé en population générale participait d'expliquer le peu d'études françaises sur le sujet. Les enquêtes Handicap-Santé Ménages et Institutions, réalisées par la Drees et l'Insee en 2008-2009, ont en partie comblé ce manque livrant des informations sur le type, la gravité ou la reconnaissance administrative du handicap. Mais si, jusqu'à présent, les études existantes traitaient de problèmes spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, jamais encore elles n'avaient offert un panorama global de l'accès aux soins courants et de prévention de cette population. C'est le cas dans ce rapport réalisé à partir d'une même base de données et selon une méthodologie partagée pour tous les soins. Composé de deux tomes, l'un centré sur les ménages, l'autre sur les personnes handicapées résidant en institution, il concerne trois soins courants (les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) et quatre actes de dépistage et de prévention (dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal et vaccination contre l'hépatite B). Ce premier tome du rapport présente ainsi les résultats pour les personnes handicapées vivant à domicile.

Martinot, P. et Nyadanu, A. (2022). Pour une culture de la promotion de la santé chez les jeunes en France : Propositions de la mission santé jeunes. Paris Ministère chargé de la santé: 78.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_nyadanu_-_martinot.pdf

Ce rapport est le résultat d'une des trois missions lancées en mai 2021 par le ministre chargé de la santé dédiées à la rénovation de la santé publique afin de tirer des enseignements de la crise sanitaire. Ce rapport présente les recommandations de la mission santé jeunes relative à la promotion de la santé chez les jeunes. Il a été remis lors du colloque célébrant les vingt ans de la loi Kouchner sur la démocratie sanitaire.

Mathieu, J. L. (2018). Prévention : quels enjeux de santé publique ! Analyse de politique publique, Paris : l'Harmattan

Cet ouvrage présente les différentes politiques de santé publique entreprises en France, sous leurs aspects médicaux (la vaccination, lutte contre les addictions) et non médicaux (veille épidémiologique, campagne de sensibilisation à l'amélioration de l'alimentation,...). L'auteur fait état des avancées françaises et propose des pistes de réflexion pour une sensible amélioration de la situation actuelle.

Ministère chargé de la Santé, M. c. (2018). Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de la vie, Paris : Ministère chargé de la santé
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publicque_psnp.pdf

Ce document présente les 25 mesures-phares de la politique de prévention destinées à accompagner les Français pour rester en bonne santé tout au long de leur vie. Ces mesures concrétisent le premier axe de la Stratégie nationale de Santé, stratégie qui porte l'action du Gouvernement en matière de santé pour les cinq prochaines années. Ce document aborde tous les déterminants de la santé, environnementaux ou comportementaux ; et parcourt les différents âges de vie avec leurs spécificités, de la préconception à la préservation de l'autonomie de nos aînés.

Morelle, A. et Tabuteau, D. (2015). La santé publique. Paris, Presses Universitaires de France (PUF)

La "santé publique" constitue d'abord un objectif politique, celui de préserver et d'élever le niveau de santé des populations. Elle s'appuie sur l'analyse des phénomènes de santé pour identifier et maîtriser les facteurs de risques. Elle s'applique au travers de politiques publiques et grâce à l'action de professionnels et intervenants variés : médecins, mais aussi éducateurs, économistes, ingénieurs. Mais comment se définit et s'articule une politique de santé ? Quels sont les rôles respectifs de la promotion de la santé, de la prévention, de la sécurité sanitaire et des soins ? Des premières mesures hygiénistes à la récente pandémie de grippe A, de l'indispensable sécurité sanitaire à l'utopie d'une santé parfaite, cet ouvrage permet d'appréhender toutes les dimensions, tous les enjeux et toutes les ambitions de la santé publique, mais aussi tous les débats qu'elle suscite.

Nguyen-Thanh, V., Haroutunian, L., Lamboy, B., et al. (2014). Les dispositifs efficaces en matière de prévention et d'aide à distance en santé : une synthèse de littérature. St Denis INPES: 53 , tabl., annexes.

Ce rapport fait le point sur les connaissances scientifiques concernant les interventions efficaces à distance en prévention et promotion de la santé (dispositifs téléphoniques, internet). Cette synthèse a été réalisée selon une méthode spécifique de sélection, d'analyse de la littérature scientifique et de classification des interventions retenues. Cette synthèse permet d'identifier un grand nombre d'interventions à distances efficaces ou prometteuses dans le champ de la santé, lesquelles se répartissent en plusieurs modalités d'interventions. Les interventions par le biais d'entretiens par téléphone, souvent structurés et dont le contenu est construit sur un modèle théorique, ressortent comme efficaces dans l'aide à l'arrêt du tabac et la nutrition. Les interventions délivrées sur ordinateur, souvent sur internet, peuvent être efficaces dans des champs comme la diminution de la consommation d'alcool, de tabac ou de drogues illicites, l'augmentation de l'activité physique, la promotion de comportements sexuels favorables à la santé, la réduction de troubles mentaux, l'accompagnement de personnes atteintes de maladies chroniques. On peut enfin souligner le développement assez récent des interventions par le biais de SMS ou d'applications sur téléphones portables ou smartphones, dont l'efficacité fait encore l'objet de peu de travaux à ce stade mais qui

semblent prometteuses, notamment dans les domaines de l'arrêt du tabac et de la nutrition. La connaissance de ces interventions efficaces devrait permettre de nourrir la réflexion sur les pratiques des professionnels du champ en France.

Penneau, A., Pichetti, S. et Sermet, C. (2015). L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France. Tome 2 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Institutions. Les rapports de l'Irdes ; 561. Paris IRDES: 146.
<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/561-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france-tome-2-institutions.pdf>

Même si des progrès ont été faits en matière d'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap (cf. loi du 11 février 2005), la question de leur accès aux soins courants et à la prévention demeure d'actualité. Le manque de données permettant d'identifier et de caractériser cette population ainsi que de mesurer son recours aux soins dans les enquêtes santé en population générale participait d'expliquer le peu d'études françaises sur le sujet. Les enquêtes Handicap-Santé Ménages et Institutions, réalisées par la Drees et l'Insee en 2008-2009, ont en partie comblé ce manque livrant des informations sur le type, la gravité ou la reconnaissance administrative du handicap. Mais si, jusqu'à présent, les études existantes traitaient de problèmes spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, jamais encore elles n'avaient offert un panorama global de l'accès aux soins courants et de prévention de cette population. C'est le cas dans ce rapport réalisé à partir d'une même base de données et selon une méthodologie partagée pour tous les soins. Composé de deux tomes, l'un centré sur les ménages, l'autre sur les personnes handicapées résidant en institution, il concerne trois soins courants (les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) et quatre actes de dépistage et de prévention (dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal et vaccination contre l'hépatite B). Ce second tome du rapport présente ainsi les résultats pour les personnes handicapées vivant en institution.

Pomey, M. P., Poullier, J. P. et Lejeune, B. (2000). Santé publique : état des lieux, enjeux et perspectives. Paris, Ellipses

La santé publique est un domaine qui touche tout un chacun. Elle a comme objectif principal d'améliorer la santé des populations et des individus. Pour y parvenir, de nombreuses disciplines y contribuent comme la médecine, l'épidémiologie, l'hygiène, l'économie, les sciences politiques ou encore les sciences de l'environnement... Une des forces majeures de cet ouvrage de référence est d'accorder une large part aux comparaisons internationales des systèmes de santé qui peuvent inspirer la France et d'autres pays, en prise à des choix de société et à des réformes structurelles de grande ampleur. 60 spécialistes hospitaliers et universitaires ont contribué à mieux cerner l'état des lieux, les enjeux et les perspectives d'avenir de la santé publique en ce début de XXIe siècle.

Premier Ministre (2019). Rester en bonne santé tout au long de la vie : Bilan sur la prévention lors du 2e Comité interministériel pour la Santé, Paris : Premier ministre
<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/comite-interministeriel-pour-la-sante>

Edouard Philippe a présidé le 25 mars 2019 à Noisiel (77) le second Comité interministériel pour la Santé réunissant pas moins de douze ministres sur les thématiques de la prévention et la promotion de la santé. A cette occasion ont été présentés les résultats marquants obtenus suite aux décisions prises il y a un an par le gouvernement concernant le tabac et l'effort engagé pour la vaccination. Quelque 600 000 fumeurs quotidiens ont arrêté le tabac lors du premier semestre 2018, qui s'ajoutent à la baisse d'un million qui avait été observée en 2017. Ces résultats sont dus aux différentes mesures prises pour lutter contre le tabac : augmentation progressive du prix du paquet jusqu'à 10 euros d'ici 2020, remboursement des substituts nicotiques par l'Assurance maladie et opération Mois sans tabac en novembre. Autres résultats mis en avant par l'exécutif : la couverture de la vaccination hexavalente (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, Haemophilus influenzae de type B et hépatite B) a augmenté de 93 % à 98 % selon les premières estimations ; le succès de

l'expérimentation de la vaccination contre la grippe dans les pharmacies, qui permettra au gouvernement d'en généraliser le principe à partir du mois d'octobre 2019 ; près de 20 % de l'offre alimentaire est désormais couverte par le Nutri-Score ; 63 % des élèves ont été formés ou sensibilisés aux gestes de premier secours, soit 15 % de plus qu'en 2017. A l'occasion de ce comité, le Premier ministre a annoncé de nouvelles mesures de prévention destinées à accompagner les Français pour rester en bonne santé tout au long de leur vie, ces mesures portant notamment sur les thèmes de l'activité physique, l'alimentation et la lutte contre l'obésité. Le gouvernement s'est fixé plusieurs objectifs d'ici 2023 pour son action globale sur l'alimentation et l'activité physique : diminuer de 15 % l'obésité et stabiliser le surpoids chez les adultes, diminuer de 20 % le surpoids et l'obésité chez les enfants et adolescents, réduire le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution, réduire de 20 % le pourcentage des malades hospitalisés dénutris à la sortie d'hospitalisation. Il souhaite promouvoir la pratique sportive à tous les âges et dans tous les milieux. Il annonce vouloir détecter de manière beaucoup plus précoce les risques d'obésité et mieux orienter les patients vers les équipes compétentes. Enfin, pour réduire les recours inutiles aux antibiotiques, qui facilitent le développement de bactéries résistantes, Edouard Philippe va élargir l'accès aux tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour les angines qui, dans 80 % des cas, ne nécessitent pas de traitements antibiotiques. Ce test est insuffisamment utilisé par les médecins généralistes (40 % l'ont commandé en 2017). D'ici le 1er janvier 2020, les tests TROD angine seront réalisables par les pharmaciens et remboursables par l'Assurance maladie. La concertation avec les professionnels de santé sur cette mesure se déroulera au cours de l'année 2019. Celle-ci sera essentielle pour éviter qu'une nouvelle fois cette mesure de bon sens pâtisse d'une mauvaise préparation et de la persistance de conflits qu'une coopération intelligente permet souvent de dépasser. Les TROD de l'angine étaient dans les faits déjà accessibles en pharmacie mais leur usage est resté largement confidentiel. Les nouvelles actions présentées le 25 mars viennent enrichir le Plan Priorité Prévention lancé en mars 2018 et la signature commune « J'agis pour ma santé » sera désormais associée à toutes les actions de prévention du gouvernement.

Raimondeau, J., Bréchat, P. H., Camona, E., et al. (2022). Manuel de santé publique : Connaissances, enjeux et défis : 2e édition. Rennes : Presses de l'Ehesp

Au cœur de l'actualité et des préoccupations des politiques et des citoyens, la santé publique mobilise des disciplines diverses et variées. Ce manuel de référence propose un panorama complet des savoirs académiques et professionnels en santé publique. Entièrement revue et augmentée, cette 2e édition permet de développer ses connaissances sur des notions fondamentales à travers des illustrations concrètes. Les questions nouvelles telles que la e-santé sont également présentées, en se référant aux situations plus récentes comme la pandémie de Covid-19.

Santé Publique France (2019). Avis d'experts relatif à la mise en place d'un processus d'analyse de l'efficacité des interventions dans le cadre de la création d'un portail d'interventions probantes en prévention et promotion de la santé. Saint-Maurice Santé Publique France: 74.

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/avis-d-experts-relatif-a-la-mise-en-place-d-un-processus-d-analyse-de-l-efficacite-des-interventions-dans-le-cadre-de-la-creation-d-un-portail-d-in>

Il existe un patrimoine de 50 ans de recherche en prévention et en promotion de la santé publié dans la littérature scientifique. L'accès à cette littérature est difficile et coûteux. De plus les interventions évaluées ne sont que très peu décrites dans les articles ou les synthèses qui sont essentiellement consacrés aux méthodes statistiques de l'évaluation et à leur validité. Cette littérature est donc sous-exploitée. Cette recherche a pourtant demandé d'importantes ressources humaines, financières et surtout un investissement en temps de conception, de mise en œuvre et suivi de cohortes nécessaire à une évaluation à long terme, se comptant parfois en dizaines d'années. Par ailleurs les porteurs de projet mettent en place des projets de prévention innovants, adaptés à leur public et aux besoins locaux, mais ne disposent que rarement des moyens techniques et financiers pour évaluer l'impact de leur programme. Il manque donc un système d'information permettant de réconcilier ces deux mondes : le patrimoine international et national des recherches publiées en prévention et en

promotion de la santé d'une part et le patrimoine national des programmes créés sur le terrain d'autre part.

Saout, C., Charbonnel, B., Bertrand, D., et al. (2008). Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Paris la Documentation française: 171.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000578/index.shtml>

Ce rapport vise à promouvoir une politique nationale d'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques. Dans une première partie, un bilan des programmes actuellement en cours est réalisé. La deuxième partie du rapport consiste en une analyse des diverses problématiques soulevées par l'éducation thérapeutique du patient et par des propositions permettant d'y apporter une solution. Parmi les 24 recommandations, l'autonomisation du patient grâce à l'éducation thérapeutique dans le cadre d'un plan coordonné de soins est mise en avant de même que le rôle que devraient jouer les agences régionales de santé dans l'habilitation, le financement, la planification du maillage régional et l'évaluation des programmes et des équipes impliquées. Le rapport préconise également que la problématique, la méthodologie et les spécificités selon les différentes pathologies chroniques de l'éducation thérapeutique devraient être dispensées lors de la formation initiale des professions médicales et paramédicales ainsi que lors de la formation permanente. En ce qui concerne le financement des activités d'éducation thérapeutique du patient, plusieurs propositions sont faites, notamment l'intégration de la tarification spécifique de ces activités dans le cadre de la réforme en cours de la T2A ou une tarification par forfait.

SFSP (2014). Propositions pour une gouvernance renouvelée pour la Stratégie nationale de santé. Laxou SFSP: 30.

<http://www.sfsp.fr/activites/file/PROPOSITIONSSFSPGOUVERNANCESNS.pdf>

Devant un système de santé fragmenté en matière d'organisation, de financement et de fourniture des prestations et services, et en l'absence de claire hiérarchisation des niveaux d'intervention qui trouvent leur source notamment dans les dysfonctionnements liés à la structuration du pilotage et de la gouvernance du système, la Société française de santé publique (SFSP) a souhaité apporter son analyse et porter 13 recommandations dans le cadre des travaux de la Stratégie nationale de santé (SNS). Ces propositions sont, pour la SFSP, de nature à améliorer la structuration et le pilotage de notre système de santé, notamment sur les questions de santé publique et de prévention sur lesquelles elle a souhaité particulièrement s'investir. Les propositions réalisées sont structurées autour de trois enjeux qui lui semblent aujourd'hui fondamentaux : l'équité et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ; l'efficacité et l'efficience et la gouvernance des politiques de santé (extrait de la synthèse).

Think Tank EconomieSanté (2022). Prévention en santé, les recommandations 2022 du think tank Economie Santé. Paris Les Echos Events: 19.

https://www.lesechos-events.fr/media/uploads/tt_sante_recommandation_2022.pdf

Face à une situation très engluée, il faut changer d'échelle et surtout d'organisation pour obtenir plus de cohérence, de constance et d'efficacité en actionnant tous les leviers de manière coordonnée et synergique, au plus près des citoyens, en impliquant tous les acteurs potentiels en rassemblant, valorisant et contractualisant leur rôle.

Trouve, C., Vienne, P. et Marrot, B. (2003). La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents. Paris IGAS, Paris La documentation française: 75 , ann.

Regrettant que les programmes régionaux de santé (PRS) en faveur des enfants et des adolescents ne puissent suffire à compenser les faiblesses des services de santé primaire, le rapport démontre la nécessité des actions de prévention sanitaire. Il estime que la santé mentale ainsi que les facteurs psychologiques et sociologiques ne sont pas assez pris en compte dans les dispositifs existants. L'Inspection générale des affaires sociales formule des recommandations pour remédier à ces

insuffisances : affirmer, dans le projet de loi quinquennale, la prévention sanitaire en direction des enfants et adolescents comme une priorité nationale, faire du soutien parental un des axes majeurs de la politique de la famille, accélérer la mise en oeuvre du plan santé mentale et préparer un plan de rattrapage dans le secteur de la psychiatrie infanto-juvénile, soutenir les PRS en faveur des enfants et adolescents, développer le rôle d'appui méthodologique de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Vaillant, L., Bensadon, A.-C., Siahmed, H., et al. (2018). Mise en oeuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé. Paris Igas ; Paris IGAENR: 102.

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000110/index.shtml>

En septembre 2017, le Professeur Loïc Vaillant, ancien président de l'université François Rabelais de Tours et de la commission santé de la conférence des présidents d'université (CPU) a été chargé d'une mission visant à conduire des travaux permettant de définir les modalités de mise en oeuvre d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé qu'ils relèvent des filières médicales ou non médicales. Le service sanitaire s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé, ce qui a été rappelé lors de la communication de la ministre des solidarités et de la santé du 30 août 2017 et lors du Comité de pilotage et de suivi (COFIL) du 22 décembre 2017, notamment ses deux premiers axes : la prévention et la promotion des comportements favorables à la santé ; ainsi que la lutte contre les inégalités, sociales et territoriales.

Wolf-Thal, C. (2018). Développer la prévention en France : 15 propositions pour renforcer le rôle des pharmaciens. Paris CNOP: 93.

Construit autour de thématiques choisies parmi les orientations de la Stratégie nationale de Santé, ce rapport vise à illustrer le rôle et l'implication des pharmaciens dans la prévention et émet 15 propositions pour les renforcer. Des leviers de mise en oeuvre, nécessaires à la mise en pratique concrète de ces propositions, sont également mentionnés au sein du rapport.

ÉTUDES SPECIFIQUES

(2013). "Éléments pour une stratégie nationale de santé et pour une nouvelle loi de santé publique." Actualite Et Dossier En Sante Publique(83): 6-9.

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=133>

[BDSP. Notice produite par EHESP CDCFR0xm. Diffusion soumise à autorisation]. Après avoir énuméré les grandes principes généraux sur lesquels doivent s'appuyer aussi bien la stratégie nationale de santé 2013 que la loi de santé publique prévue pour 2014, cet article énumère les recommandations méthodologiques du HCSP pour la conception et la mise en oeuvre des politiques de santé.

(2015). "Alcool et santé. Dossier." Actualite Et Dossier En Sante Publique(90): 9-63, carte, graph., tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xCAHrt. Diffusion soumise à autorisation]. La consommation d'alcool baisse régulièrement depuis 50 ans en France avec une diminution de la consommation quotidienne de vin. Cependant elle reste en cause dans de nombreuses pathologies, contribue fortement à la mortalité évitable, et 30% des accidents mortels de la circulation sont dus à l'alcool. Adoptées avec difficulté, les mesures réglementant l'accès à l'alcool sont constamment remises en cause. Les acteurs de santé publique s'organisent pour que les conséquences sanitaires soient prises en compte. La prévention doit s'exercer dans plusieurs domaines : limitation de l'accès à l'alcool, encadrement de la publicité, réduction des risques, diffusion de campagnes de prévention. (R.A.).

(2019). "Stratégies locales de prévention primaire et de promotion de la santé : Une étude du dispositif « Contrat Local de Santé » en France." Bulletin Cloterres.

https://www.cloterres.fr/wp-content/uploads/2019/10/Bulletin_Cloterres_2_Octobre_2019.pdf

Suite à la 2ème réunion du Comité stratégique du projet CloterreS le 9 juillet 2019, ce bulletin revient sur les premiers éléments du portrait des CLS qui ont été présentés (p.2), sur les résultats de l'étude portant sur l'articulation entre soins primaires et actions de prévention-promotion de la santé dans les CLS (p.3), et sur l'avancement de la collecte de données à l'échelle des ARS et des collectivités (p.4).

(2019). "Stratégies locales de prévention primaire et de promotion de la santé : Une étude du dispositif « Contrat Local de Santé » en France. In : l'étude Cloterres Santé et territoires." Bulletin Cloterres.
https://www.cloterres.fr/wp-content/uploads/2019/03/Bulletin_CloterreS_mars2019_VF.pdf

Compte-tenu de l'évolution de nos modes de vie et du vieillissement de la population, la promotion de la santé à tout âge et la prévention des maladies chroniques est plus que jamais un enjeu de société. Au niveau local, la contribution que peuvent avoir les collectivités pour créer des environnements plus favorables à la santé est indéniable. En France, cette contribution s'organise de plus en plus par le biais des Contrats Locaux de Santé (CLS), dispositif fédérateur associant les collectivités locales, les Agences Régionales de Santé (ARS) et de nombreux acteurs interpellés par les questions de santé environnementale, de prévention et de promotion de la santé mais aussi d'offre de soins et d'action médico-sociale. Près de 10 ans après le lancement des CLS, quelle est l'ampleur de ce dispositif sur le territoire français ? Quelle place occupe la prévention et la promotion de la santé (PPS) dans leurs actions ? Qu'est ce qui influence cet investissement aux niveaux local et régional ? C'est ce sur quoi se penche l'étude CloterreS (2017-2020), dont ce bulletin résume les avancées.

(2020). "Maison de santé Decazeville-Aubin : une dynamique de prévention et de promotion de la santé." REVUE PRESCRIRE 40(444): 779-782.

Cet article fait un retour d'expérience de la maison de santé Decazeville-Aubin implantée dans deux communes aveyronnaises proches. L'équipe de la maison de santé a développé des coopérations avec les professionnels voisins et du secteur médico-social, organisé des délégations de tâches et favorisé l'accueil de jeunes collègues. Elle a aussi engagé de nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé.

(2020). "Résultats de l'étude ViQuoP : Vie quotidienne et prévention dans 60 foyers français à l'heure du coronavirus." html.

<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-etude-viquop-vie-quotidienne-et-prevention-dans-60-foyers-francais-a-l-heure-du-coronavirus>

Depuis le 30 mars 2020, Santé publique France a lancé l'étude ViQuoP auprès de 60 personnes afin de suivre l'évolution des comportements de santé (gestes barrières, confinement, consommation d'alcool et de tabac, alimentation et activité physique) et de la perception de leur état santé (bien-être, troubles) dans le contexte de l'épidémie de Covid-19. Ce site présente l'évolution des perceptions et pratiques des gestes barrières ; l'adhésion et compréhension des mesures d'isolement et de dépistage en post-confinement : l'évolution des perceptions d'état de santé et de bien-être.

(2021). "Opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire en matière de prévention." 8.

Cette étude questionne les médecins généralistes ligériens sur leurs pratiques préventives : recours à des outils et messages de prévention, participation à des actions de prévention collective et à la campagne "Mois sans tabac", consultations dédiées à la prévention, impact de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Agius, C., Fouquet, N., Soullier, N., et al. (2022). "Facteurs associés à l'adhésion de la population française aux recommandations pour la prévention de la lombalgie chronique, à la suite de la campagne grand public de l'Assurance maladie?: «?Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement?»." Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (Beh)(13): 222-228.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/13/2022_13_1.html

L'objectif de ce travail était d'étudier les facteurs associés à l'adhésion aux recommandations pour la prévention de la lombalgie chronique dans la population française, en particulier le fait d'avoir eu connaissance (appelé aussi la « mémorisation ») de la campagne de la Cnam, et les caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes.

Airagnes, G., Ben Lakhdar, C., Daepen, J. B., et al. (2021). Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool : expertise collective. Synthèse et recommandations. Paris Inserm: 138.

<https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2021-05/inserm-expertisecollective-alcool2021-synthese.pdf>

Ce document présente la synthèse et les recommandations issues des travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective pour répondre à la demande de la Mildeca et du ministère en charge de la Santé concernant la réduction des dommages associés à la consommation d'alcool, les stratégies de prévention et d'accompagnement. Ce travail s'appuie essentiellement sur les données issues de la littérature scientifique disponible lors du premier semestre 2020. Près de 3 600 documents ont été rassemblés à partir de l'interrogation de différentes bases de données (PubMed, Web of sciences, Scopus, socINDEX, Cairn, Pascal, Francis, Econbizz, JSTOR, OpenEdition Journals, Isidore, Persée). Le Pôle expertise collective de l'Inserm, rattaché à l'Institut thématique Santé publique, a assuré la coordination de cette expertise.

Alami, H., Gagnon, M.-P., Ghandour, E.-K., et al. (2017). "La réorientation des services de santé et la promotion de la santé : une lecture de la situation." Sante Publique **29**(2): 179-184.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xpDHCb. Diffusion soumise à autorisation]. Près de trois décennies après la charte d'Ottawa, qu'en est-il vraiment de la réorientation des services de santé au regard de la promotion de la santé ? La littérature fait apparaître un bilan mitigé. Les auteurs de cet article analyse les différents facteurs qui ont contribué à ce bilan en mi-teinte.

Alvarez, S. (2016). "Émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse." Revue De L'ires(88): 33-51.

Depuis le début des années 2000, la prévention dans le vieillissement fait l'objet d'une attention particulière de la part des gouvernements successifs. Afin d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et de réduire le risque de voir les retraités et personnes âgées intégrer la catégorie de la dépendance, la politique de prévention promeut le « bien vieillir », notion qui est notamment inscrite dans les objectifs stratégiques des caisses de retraite. Il s'agit, par des actions d'information et de formation, de faire adopter aux personnes vieillissantes des comportements et un style de vie à même de préserver leur santé. Le déploiement d'une politique de prévention en vue de « bien vieillir » est cependant à questionner. Comment cette orientation s'inscrit-elle par rapport à la longue histoire des politiques vieillesse et de leurs acteurs centraux ? Cet article revient sur le processus de mise à l'agenda de la prévention et du « bien vieillir » et s'intéresse à la production et la diffusion de nouvelles normes dans la vieillesse.

Andes (2022). Etat des lieux des politiques sport-santé locales et recensement des besoins et des difficultés exprimés par les collectivités locales. Balma Andes: 20.

<https://www.andes.fr/wp-content/uploads/2022/10/Etat-des-lieux-politiques-locales-sport-sant%C3%A9-ANDES.pdf>

L'Andes a initié une enquête portant sur les politiques locales sport-santé, par le biais de sa Commission Sport Santé Prévention Handicap et avec le soutien de la Direction Générale de la santé. Les retours ont permis de dresser un premier panorama des initiatives locales en termes de sport-santé ainsi que les besoins et les attentes exprimés par les élus locaux dans le cadre d'une politique sport santé. Cette analyse a permis également de proposer 10 fiches pratiques adaptées pour les attentes des élus locaux.

Andrieu, S. (2012). "Évaluer les programmes de prévention de la dépendance des personnes âgées : approche méthodologique." *Gerontologie Et Societe*: 75-80.

[BDSP. Notice produite par FNG IID9R0xr. Diffusion soumise à autorisation]. Dans le domaine de la prévention de la dépendance, de nombreux facteurs potentiellement protecteurs ont été identifiés dans la littérature à partir, en particulier, d'études épidémiologiques de type cohortes. Si les résultats de ces études d'observation sont relativement concordants, les résultats des essais d'intervention qui ont tenté de démontrer l'effet protecteur de certains de ces facteurs restent décevants. Des problèmes méthodologiques pourraient être à l'origine de ces résultats négatifs et, en particulier, nous pouvons faire l'hypothèse que les personnes âgées qui acceptent de participer à ces études d'intervention diffèrent de celles qui refusent de participer et seraient de ce fait les moins susceptibles de pouvoir bénéficier de tels programmes. (R.A.).

Anses (2022). Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des adultes de 18 à 64 ans, hors femmes enceintes et ménopausées. Maisons-Alfort Anses: 113.

<https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2017SA0064-b.pdf>

Réduction des déplacements, baisse de l'activité physique et augmentation des temps de sédentarité, déséquilibres énergétiques et alimentaires : le confinement préconisé pour combattre l'épidémie de Covid-19 peut être source de risques spécifiques pour la santé. L'Anses s'est autosaisie afin d'émettre des recommandations pour atténuer les effets de cette situation particulière sur l'appareil locomoteur, cardiovasculaire et sur le métabolisme. Les résultats révèlent que 95% de la population française adulte est exposée à un risque de détérioration de la santé par manque d'activité physique ou un temps trop long passé assis. Ces risques sont majorés lorsque le manque d'activité physique et l'excès de sédentarité sont cumulés. Certaines populations sont plus exposées. Promouvoir des modes de vie favorables à la pratique d'activités physiques et à la lutte contre la sédentarité doit constituer une priorité des pouvoirs publics selon l'Anses.

Balle, D. (2019). Approche sociologique de l'intervention éducative dans le monde de la santé : analyse des pratiques effectives des formateurs en éducation thérapeutique du patient. Icare - Institut Coopératif Austral de Recherche en Éducation: 343.

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02501538/document>

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) questionne les conditions d'apprentissage à réunir pour que les personnes malades chroniques puissent acquérir des savoirs et savoir-faire afin de prendre des décisions adaptées par rapport à la gestion de leur maladie. Dans un contexte français qui vise le développement de l'ETP, les professionnels de santé sont de plus en plus invités à analyser leurs pratiques en questionnant les savoirs en jeu, la posture du formateur ainsi que les effets potentiels des pratiques éducatives développées. En prenant appui sur les sciences de l'éducation et plus spécifiquement sur le concept d'intervention éducative comme construit théorique de la pratique, mais aussi sur les travaux relatifs aux pratiques enseignantes, cette recherche vise à caractériser l'activité formatrice en santé en l'étudiant selon deux angles complémentaires : 1- Ce qu'il se passe en contexte d'apprentissage (en observant les pratiques effectives des formateurs) ; 2- Ce qu'il advient des pratiques déclarées avant et après la situation d'enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP).

Bas, A. C. et Azogui-Levy, S. (2019). "Evaluation of children's participation in a national dental programme in France." *Community Dent Oral Epidemiol* **47**(4): 291-298.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cdoe.12456>

The current national oral health programme for children in France, called the DHE "Dental Health Examination," began in 2007. The aims of the current study were to evaluate the efficiency and effectiveness of the DHE programme in improving resource allocation to preventive dental services and providing access to dental care, especially for the children who need it most. The main questions

were as follows: How many children participate in it? Does it reach the children who need it most? And does it save dental care costs?

Basdevant, A. (2013). Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé - 2ème Partie : Mesures concernant la Prise en charge des maladies liées à la nutrition. Paris la Documentation Française: 20.

Afin de donner un nouvel élan au Programme National Nutrition Santé (PNNS) et au Plan Obésité (PO), le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé a missionné le Pr Herberg et le Pr Basdevant pour formuler de nouvelles propositions. La seconde partie du rapport, rédigée par le Pr Basdevant, porte sur la prise en charge des maladies liées à la nutrition. Le Pr Basdevant recommande, notamment, la mise en place de parcours de soins pour les maladies de la nutrition, la lutte contre la malnutrition des jeunes et la dénutrition à tous les âges, ou encore, l'innovation dans les missions et les métiers de la nutrition et des activités physique adaptées. Il table sur une ouverture au-delà du système de santé, avec la promotion de la santé nutritionnelle hors du cadre de soins et l'inclusion des associations oeuvrant dans le développement des actions.

Bensadon, A. C., Nuytten, B., Ott, M. O., et al. (2020). Evaluation du 3ème Plan cancer (2014-2019). 2 tomes. Paris IGAS: 2 vol. (273;265).

www.igas.gouv.fr/spip.php?article801

Avec 382.000 nouveaux cas et 157.000 décès annuels (chiffres de 2018), le cancer est la première cause de mortalité chez l'homme, et la deuxième chez la femme. Afin de préparer les orientations de la prochaine stratégie décennale de lutte contre les cancers, les inspections générales des affaires sociales et de la recherche ont été chargées d'évaluer le troisième plan cancer couvrant la période 2014-2019. Ce plan comportait quatre axes : Guérir ; - Préserver la qualité de vie des patients ; Investir dans la prévention et dans la recherche ; Conforter les organisations. Les besoins des enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de cancer devaient recevoir une attention prioritaire, de même que la réduction des inégalités devant la maladie et des pertes de chance. La mission a mené des travaux très approfondis et rencontré près de 200 personnes (représentants des patients, professionnels de santé, sociétés savantes, conseils professionnels, collège de médecine générale, fédérations d'établissements, institutions de recherche, etc.), tout en parcourant plusieurs régions. Ses constats et ses recommandations tournent autour de 11 thèmes : Recherche - Observation – Prévention – Dépistage – Soins – Vie pendant et après le cancer – Démocratie en santé – Besoins des enfants, adolescents et jeunes adultes – Réduction des inégalités – Ressources - Gouvernance. Ces thèmes sont développés de manière détaillée dans le rapport complet, qu'accompagne un rapport de synthèse pour connaître l'essentiel.

Bensadon, A.-C. et Barbezieux, P. (2014). Articulation entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardiovasculaires. Rapport IGAS. Paris IGAS: 119.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000287/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE r789BR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Dans le prolongement d'un premier rapport publié en juin 2013 ("Interactions entre santé et travail"), l'IGAS poursuit sa réflexion sur la question de l'articulation entre santé au travail et santé publique, au travers de l'exemple des maladies cardiovasculaires (MCV). La mission s'est efforcée de répondre aux questions suivantes : comment mieux anticiper et analyser les risques liés au travail pour les prévenir, notamment ceux liés à de nouvelles formes d'organisation du travail ? Comment améliorer la dynamique d'articulation entre santé au travail, santé publique et santé environnementale ? Quelles pistes concrètes pourraient favoriser le maintien dans l'emploi des salariés malades ? L'entreprise peut-elle jouer un rôle comme lieu de promotion de la santé ?

Bergeron, H., Castel, P. et Noguez, E. (2014). "Lutter contre l'obésité en gouvernant les conduites des consommateurs." Questions De Sante Publique(25): 1-4, tabl., fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP EIsR0xEB. Diffusion soumise à autorisation]. Si, en France, le rôle des facteurs socio-culturels a été souligné au cours de la mise sur agenda du problème de l'obésité et du surpoids, les dispositifs déployés ont surtout visé à responsabiliser les individus. Cette politique est en cela représentative des transformations que connaissent les pays occidentaux, où l'on observe le déploiement de dispositifs qui visent à résoudre des problèmes publics par le gouvernement des conduites des individus, pensés comme des consommateurs. Le cas de l'obésité permet de souligner trois caractéristiques de ce mode de gouvernement. 1) Il tend à s'appuyer sur des disciplines qui lui offrent une légitimation théorique et des instruments "politiquement praticables". 2) Il n'est pas le seul fait de l'État mais repose sur une nébuleuse d'acteurs (municipalités, associations, industriels, chercheurs.). 3) Il s'appuie volontiers, comme l'a suggéré Foucault, sur les dynamiques autonomes qui animent les entités individuelles ou collectives pour mieux les gouverner. (intr.).

Bikbov, B. et Bikbov, A. (2020). Communication on COVID-19 to community: Measures to prevent a second wave of epidemic. Paris Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociale: 18.

COVID-19 pandemic is rapidly spread over the planet,[1] and countries are tackling to limit its progression by different approaches.[2] A variety of community mitigation strategies are applied,[3] however, some recent medical discoveries are not widely communicated to the public, and knowledge and attitudes about the infection is not routinely measured in community – while it could be crucial to prevent a second wave of epidemic. The shortage of publicly shared knowledge stands problematic not only in the context of growing concerns about fake news,[4] but also in the context of distrust towards public institutions[5] promoting norms of individual behavior and coordinating community cooperation during the epidemic.

Boiche, J., Carre, F., Fervers, B., et al. (2019). Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques. Rapport et synthèse. Expertise collective - Synthèse et recommandations. Paris Inserm: 828 +124 , annexes.

Ce document présente la synthèse et les recommandations issues des travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective pour répondre à la demande du Ministère chargé des sports concernant la prévention et le traitement des maladies chroniques par l'activité physique. Ce travail s'appuie essentiellement sur les données issues de la littérature scientifique disponible lors du dernier trimestre 2016. Les principales pathologies qui y sont étudiées sont les pathologies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les pathologies respiratoires chroniques. L'obésité, en tant que déterminant de maladies chroniques et phénomène morbide en soi, y trouve également sa place. Enfin, sont aussi prises en compte certaines maladies mentales (dépression, schizophrénie), ainsi que les troubles musculosquelettiques (TMS) et la multimorbidité.

Bourdillon, F. (2016). "La France se dote d'une agence nationale de santé publique : Santé publique France." Sante En Action (La)(436): 4-.

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE 7klqR0xC. Diffusion soumise à autorisation]. Santé publique France, nouvelle agence nationale de santé publique créée par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Santé publique France réunit les missions de trois agences sanitaires et d'un groupement d'intérêt public : l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus) et Addictions, drogues, alcool info service (Adalis).

Bourdillon, F. (2016). "Nouvelle loi de santé publique : promouvoir l'état de santé de la population éditorial." Sante En Action (La)(435): 34-.

[BDSP. Notice produite par INPES BCR0xBD8. Diffusion soumise à autorisation].

Bourdillon, F. (2022). "Les avancées du quinquennat 2017-2022 en matière de prévention." Seve : Les Tribunes De La Sante(71): 17-31.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-1-page-17.htm>

La prévention a été considérée comme une priorité dès 2018. À l'aune des prochaines élections présidentielles, il est apparu important de dresser un bilan des politiques publiques de santé dans ce domaine en sachant que ces dernières ont été bouleversées par la pandémie de Covid-19 toujours active. Les politiques vaccinales ont marqué le quinquennat. La lutte contre le tabac a été poursuivie et amplifiée avec notamment l'augmentation du prix du tabac pour un paquet à 10 €. En revanche, la politique contre les consommations excessives d'alcool a bien du mal à se déployer sous la pression des lobbys. En matière de nutrition la France a adopté un Plan national nutrition santé 4 et poursuivi le déploiement du Nutri-Score, d'ores et déjà adopté par six pays de l'Union européenne. Mais il n'y a toujours pas de réglementation de la publicité et du marketing des aliments en fonction de leur qualité nutritionnelle. Sont analysées également les politiques de santé sexuelle, de santé-environnement, des 1 000 premiers jours, la mise en place du service sanitaire et le passage à 80 km/h. Le fonds de lutte contre le tabac, devenu fonds de lutte contre les addictions, représente un modèle de taxes pouvant alimenter un fonds « prévention ». À quand la création d'un tel fonds alimenté par les taxes sur l'alcool, les produits particulièrement gras, sucrés et salés, les jeux et les paris ?

Bout, B. (2010). Rapport sur l'organisation de la recherche et ses perspectives en matière de prévention et de traitement de l'obésité. Paris Assemblée Nationale, Paris Sénat: 267.

<http://www.senat.fr/rap/r10-158/r10-1581.pdf>

Actuellement, la France compte 16,9 pour cent d'adultes obèses, avec une augmentation de la prévalence de l'obésité de 5,9 pour cent par an. 3,5 pour cent des enfants sont obèses, soit 4 fois plus par rapport à 1960. Pourtant, alors que l'obésité constitue une maladie grave à la fois par les complications qu'elle entraîne, les stigmatisations qu'elle induit et les coûts financiers qu'elle implique, elle peine à être reconnue comme une vraie maladie et est souvent réduite à des lieux communs sans rapport avec la complexité de ses déterminants. L'un des objectifs de ce rapport est donc de mieux connaître les déterminants de l'obésité pour mieux l'appréhender et mettre un terme aux discours simplistes sur cette question. Par ailleurs, il se focalise sur l'organisation et les apports de la recherche en matière de prévention et de traitement de l'obésité. En effet, aujourd'hui, l'obésité est une maladie que l'on ne sait pas guérir par les thérapies traditionnelles. Pourtant, il existe des pistes de recherche prometteuses qui pourraient conduire, à moyen terme, à un traitement efficace. De même, jusqu'à présent, les politiques de prévention se révèlent globalement décevantes. Ce relatif échec s'explique en partie par la difficulté d'élucider les causes de l'obésité qui sont nombreuses et variables en fonction des individus. Mais il provient également de la mise en place de politiques fondées plus sur des a priori « idéologiques » ou résultant de la confrontation d'intérêts contradictoires que sur des résultats scientifiques validés par des expérimentations de terrain. Ce rapport dresse donc un inventaire des données scientifiques à prendre en compte pour mener une politique de prévention plus efficace et propose les orientations stratégiques indispensables pour lutter avec succès contre l'obésité.

Braunig, D. et Kohstall, T. (2013). Rendement de la prévention: Calcul du ratio coût-bénéfices de l'investissement dans la sécurité et la santé en entreprise : résumé des résultats. Genève AISS: 8.

<http://www.issa.int/fre/Ressources/Publications-de-l-AISS/Rendement-de-la-prevention-Calcul-du-ratio-cout-benefices-de-l-investissement-dans-la-securite-et-la-sante-en-entreprise>

En 2010, l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), l'Assurance sociale allemande des accidents de travail et maladies professionnelles (DGUV) et la Caisse d'assurance contre les accidents professionnels dans les secteurs de l'énergie, du textile, de l'électricité et des produits des médias (BG ETEM) ont lancé une étude internationale sur le thème « Calcul du rendement de la prévention pour les entreprises au plan international: coûts et avantages des investissements dans la sécurité et la santé au travail ». Les auteurs de l'étude ont examiné dans quelle mesure la sécurité et la santé au travail sont bénéfiques pour les entreprises. Pour répondre à cette question fondamentale, il leur fallait au préalable établir les fondements conceptuels d'une comptabilité de la prévention, et colliger

des données qualitatives et quantitatives sur les résultats positifs de la prévention. Ce rapport résume les résultats de l'étude qui sont basés sur des entretiens de 337 entreprises de 19 pays.

Briffault, X. (2016). Santé mentale, santé publique : un pavé dans la mare des bonnes intentions, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble

Jamais notre santé mentale n'a été l'objet d'autant d'attention par les pouvoirs publics. Qu'il s'agisse de nous éviter d'être déprimés, anxieux, en burn-out, agressifs envers nous-mêmes ou autrui, de trop manger, trop boire, trop fumer, etc., le dispositif de santé publique multiplie les programmes de prise en charge de notre mal-être.

Cambron, L., Alla, F. et Lombrail, P. (2012). "Pour une nouvelle loi de santé publique en France au service d'une politique nationale de santé plus égalitaire et plus efficiente." Sante Publique **24**(3): 252-261.

[BDSP. Notice produite par EHESP FrqrR0xA. Diffusion soumise à autorisation]. La prochaine loi de santé publique devra répondre à un certain nombre d'enjeux. Les rapports accumulés depuis quelques années soulignent à la fois un état des lieux sanitaire contrasté - marqué par une mortalité prématurée forte et l'aggravation des inégalités sociales de santé - ainsi que la nécessité d'organiser la santé publique. Selon les auteurs de l'article, la nouvelle loi de santé publique ne pourra pas faire l'économie, au-delà des thématiques nécessaires, de mesures profondément structurantes : une politique nationale unifiée, recentrée sur quelques priorités, intégrant les secteurs non sanitaires ; le développement d'une politique de prévention plus efficace car plus organisée et enfin, la prise en compte de la question des inégalités obligeant à des mesures intégrées et définies, non plus comme un principe affiché mais comme un résultat à atteindre par toute mesure sanitaire. Il convient selon eux, que la prochaine loi de santé publique devienne le vecteur d'une structuration désormais incontournable de la politique de santé publique.

Caniard, E. et Auge-Caumon, M. J. (2019). Les addictions au tabac et à l'alcool. Paris Cese: 75.
https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_02_addictions.pdf

Le tabac provoque chaque année la mort de plus de 73 000 personnes. Il est la première cause de mortalité par cancer, il contribue à la survenue de maladies respiratoires, il accroît les risques de maladies cardio-vasculaires précoces et d'hypertension artérielle. L'alcool est quant à lui responsable de 49 000 décès par an. Il est la première cause de mortalité prématurée, la première cause de mortalité chez les 18-25 ans. Un enfant naît chaque jour avec une conséquence de l'exposition parentale à l'alcool. Il est l'un des premiers motifs d'hospitalisation. Il contribue à l'insécurité routière et aux actes de violences. Il est enfin, pour les proches et les familles, une épreuve quotidienne, sociale et psychologique. Le CESE a travaillé sur le sujet en partenariat avec la Cour des comptes et partage le constat qu'elle a formulé dans différents travaux d'une absence de cohérence, de continuité et de suivi des politiques publiques. Les préconisations de l'avis s'articulent autour de 3 axes : fonder les politiques sur la réalité des dommages : créer les conditions d'une rencontre précoce avec le soin et proposer des réponses adaptées à la diversité des besoins et des parcours de vie

Castel, P., Juven, P. A. et Veizian, A. (2019). Les politiques de lutte contre le cancer en France, Rennes : Presses de Ehesp

2019 sonne la fin du troisième Plan cancer. Depuis 2003, chaque nouveau Plan est précédé de rapports et de débats concernant l'évaluation de l'engagement de l'État dans les politiques de lutte contre le cancer. Alors que l'éventuel quatrième Plan n'a pas encore livré ses contours, le présent ouvrage invite à porter un regard sociologique sur les politiques passées, en abordant les principaux enjeux de la lutte contre le cancer: la recherche, les pratiques de soin, la place accordée aux patients, l'organisation de la prise en charge du dépistage, le prix des traitements médicamenteux, la place des médecins et les transformations de leurs pratiques du fait des innovations biomédicales...Par des enquêtes empiriques conduites en France, les auteurs proposent de rendre compte des formes de l'action publique et de ses effets sur les dynamiques professionnelles et marchandes dans le secteur

de la cancérologie. Adoptant une perspective d'analyse au plus près des pratiques et des discours des acteurs, cet ouvrage donne matière à penser les défis actuels pour les patients et leurs associations, les professionnels de santé et de la recherche, et les autorités publiques. (4ème cov.)

Cazal, J. et Genolini, J. P. (2013). "Prévenir le risque cardiovasculaire : le travail éducatif au coeur du dépistage." Sciences Sociales Et Sante **31**(2): 5-30.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP C99E9R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire en prévention primaire est singulièrement fondé sur une approche "globale" du risque, mêlant à la fois aspects cliniques et éducatifs dans la relation thérapeutique. Dans un contexte plus ou moins empreint d'incertitude, nous montrons, suivant une approche interactionniste, que les points d'appui de la formation du patient à l'autonomie résident certes dans le travail d'objectivation et d'individualisation du risque mais aussi, plus largement, dans le travail d'accord autour de l'acceptabilité de ce dernier. En ce sens, l'éducation du patient s'inscrit dans un jeu d'attentes et d'engagements réciproques entre professionnel et patient visant, in fine, à renforcer la confiance dans la relation de soins. (R.A.).

Chardon, O., Guignon, N. et De Saint Pol, T. (2015). "La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge." Etudes Et Resultats (Drees)(920): 6.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE C8n9AR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Dès l'âge de 6 ans, indicateurs de santé et habitudes de vie rendent compte de fortes disparités selon le milieu social. La prévalence de la surcharge pondérale et la santé buccodentaire en sont une illustration. Les enfants de cadres ont de meilleurs indicateurs de santé : 7% sont en surcharge pondérale et 1% sont obèses, contre respectivement 16% et 6% chez les ouvriers. La proportion d'enfants de cadres ayant au moins une dent cariée s'élève à 8% contre 30% chez les ouvriers. Les habitudes de vie sont aussi fortement différenciées socialement : les cadres ont des comportements offrant plus de place à la prévention et au recours aux soins. Si 60% de leurs enfants se brossent les dents plusieurs fois par jour, cette pratique ne concerne que 47% des enfants d'ouvriers. Les enfants de cadres consomment aussi moins de boissons sucrées et passent moins de temps devant un écran.

Charles, M.-A. et Junien, C. (2012). "Les origines développementales de la santé (DOHaD) et l'épigénétique. Une révolution pour la prévention des maladies chroniques de l'adulte." Questions De Sante Publique(18): 4 , Pdf, graph.

[BDSP. Notice produite par EHESP F8R0xsqm. Diffusion soumise à autorisation]. De nombreuses recherches ont mis en évidence l'existence de liens entre diverses expositions dès la vie intra-utérine, et la mortalité, ou la survenue de maladies chroniques à l'âge adulte. Le concept des origines développementales de la santé (DOHaD pour Developmental Origins of Health and disease) propose une théorie unificatrice à l'ensemble de ces observations. Le développement d'un organisme vivant est programmé génétiquement. Notre matériel génétique est équipé d'un ensemble de mécanismes, appelés épigénétiques, qui lui permettent d'adapter le déroulement du programme à son environnement. Le décryptage des mécanismes par lesquels les modifications épigénétiques fixent la mémoire des expositions environnementales subies précocement en est encore à ses débuts. L'intégration des résultats de ces recherches entraînera des changements majeurs en santé publique dans la prévention et la prise en charge des maladies chroniques de l'adulte les plus fréquentes (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, cancer). (R.A.).

Chassang, M. et Gautier, A. (2019). Les maladies chroniques. Paris Cese: 95 , ann.
http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_14_maladies_chroniques.pdf

En France, 10,7 millions de personnes sont concernées par le dispositif dit des Affections longue durée. Elles sont en réalité bien plus nombreuses, 20 millions selon l'Assurance maladie, soit 35% de la population couverte par le régime général, à avoir recours à des soins liés à une pathologie chronique. Le vieillissement de la population, les progrès de la médecine qui contribuent à la chronicisation de

maladies autrefois aiguës, expliquent pour partie la place croissante des pathologies chroniques. Au-delà, les évolutions des habitudes et conditions de vie et de travail, les pollutions de l'environnement, jouent un rôle majeur dans l'apparition, le développement et l'aggravation de ces maladies. La maladie chronique est, avant tout, un bouleversement pour les personnes qui en sont atteintes et pour leurs proches. Au-delà, la prévalence en hausse constante de ces pathologies en fait un enjeu majeur pour l'avenir de notre système de santé, pour la sauvegarde des principes d'égalité et de solidarité, pour le monde du travail, pour la recherche. Avec cet avis, le CESE formule 20 préconisations autour de trois priorités : agir sur les causes et la connaissance des maladies chroniques, améliorer la pertinence des soins et la fluidité des parcours, consolider l'autonomie des patientes et patients et renforcer leur place dans la définition du processus de soin et d'accompagnement.

Chauliac, M., Pochet, A., Arwidson, P., et al. (2014). "Mise en place d'une politique et son impact sur les comportements." Actualite Et Dossier En Sante Publique(87): 26-40.

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=144>

[BDSP. Notice produite par EHESP 7oDER0xk. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article présente la mise en place et l'impact du Programme national nutrition santé 2001-2015. Fait suite un compte-rendu en trois parties sur les actions mises en oeuvre pour ce programme : - La recherche de l'efficacité potentielle des campagnes médiatiques dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique - Les chartes d'engagements de progrès nutritionnel : impact sur l'offre alimentaire et sur les apports nutritionnels - Prévenir, dépister et prendre en charge le surpoids et l'obésité de l'enfant. Les auteurs apportent leurs conclusions et leurs perspectives pour une amélioration à poursuivre.

Chenu, C., Fleury, L. et et al. (2020). "L'activité physique adaptée comme stratégie de prévention et de traitement des maladies chroniques. Les cas de diabète du type II et de la dépression." Questions De Sante Publique(39): 8 , fig.

L'activité physique adaptée (APA) se définit comme une activité physique ou sportive adaptée aux capacités de personnes à besoins spécifiques : atteintes de maladies chroniques, vieillissantes, en situation de handicap ou vulnérables. Elle mobilise des connaissances scientifiques pluridisciplinaires pour évaluer les ressources et les besoins des individus et concevoir avec eux des dispositifs et des projets d'intervention sportifs ou artistiques adaptés à des fins de prévention, de réadaptation, d'inclusion, d'éducation ou de participation sociale. Au-delà de l'accessibilité de la pratique, elle cherche surtout à créer les conditions du développement d'un projet personnel d'activité physique durable, qui s'intègre au parcours de vie des individus. Sollicitée par le ministère des Sports, l'Inserm a réalisé une expertise collective faisant le bilan des connaissances scientifiques sur l'APA, afin d'analyser, dans le cadre des maladies chroniques, son impact et sa place dans le parcours de soin. S'appuyant sur les résultats de cette expertise collective, ce nouveau numéro de Question de Santé Publique présente le cas du diabète de type II et de la dépression. Face au vieillissement de la population, l'APA est aujourd'hui devenue un nouvel enjeu de santé publique dont les conditions politiques, sociales, organisationnelles et professionnelles de son émergence restent à définir, ainsi que les caractéristiques des programmes d'activité les plus efficaces. Pour le diabète de type II et la dépression, comme pour les autres pathologies chroniques, les bénéfices des programmes d'APA sont bien supérieurs aux risques, lorsque les conseils et les

Chicoye, A., Touilly, V., Piard, A. L., et al. (2002). "La santé publique en France : quelle vision stratégique ? Quels financements ? l'exemple des 16 plans gouvernementaux 2001-2002." REGARDER AUTREMENT: 100p.

La conciliation entre régulation de santé et prise en compte des besoins et priorités de santé soulève des difficultés majeures en France. Récemment, J.F. Mattéi a décidé de confier à un groupe de travail issu de la Commission des comptes de la Sécurité sociale une réflexion sur la médicalisation de l'ONDAM. La difficulté de cet enjeu est particulièrement accentuée par la multiplication des plans de santé publique en 2001 et 2002. C'est la raison pour laquelle, à la suite des réflexions qu'il a suscité sur la problématique des besoins médicaux en France, le LIR a jugé intéressant de procéder à une analyse

méthodique et globale des 16 plans de santé publique décidés entre janvier 2001 et mars 2002 par B. Kouchner. Cette étude passe donc au crible chaque plan, selon une grille d'analyse présentée en annexe. La consolidation des plans par thèmes transversaux a permis d'approcher leur impact global sur les dimensions suivantes : la charge de travail des acteurs et des institutions, la formation et l'information dispensées vers les professionnels et les usagers, l'impact sur l'organisation du système de santé, l'impact potentiel sur le recours aux soins et notamment les consommations médicamenteuses. Ces plans sont aussi analysés à la lumière du cadre théorique d'élaboration et de mise en oeuvre d'une stratégie d'entreprise, afin de les situer dans une perspective de planification opérationnelle.

Clavairol, G., Douiller, A. et Debout, M. (2014). "L'Observatoire national du suicide étayera une vraie politique de prévention Interview." *Sante En Action (La)*(427): 44-46.

[BDSP. Notice produite par INPES CR0xqJ7D. Diffusion soumise à autorisation]. Le professeur Michel Debout avait remis, en 1993, un rapport sur le suicide au Conseil économique et social qui fit date, car il était le premier rapport officiel de la République sur ce sujet. Vingt ans après, La Santé en action fait le point sur la prévention du suicide en France avec l'un de ses pionniers les plus actifs. Le professeur Michel Debout revient notamment dans cet entretien sur la création et les travaux de l'Observatoire national du suicide créé fin 2013.

Cour des Comptes (2016). Les politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool. Paris Cour des comptes: 262 , tab., graph., fig.

Ce rapport de la Cour des comptes porte sur l'évaluation des politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. La consommation d'alcool est, en effet, un sujet sensible en France, car l'alcool est associé aux événements festifs, aux modes de vie et à la culture. Cet héritage social et culturel, renforcé par des enjeux économiques, induit une tolérance générale vis-à-vis de la consommation d'alcool qui explique, pour une large part, la difficulté à définir et à mettre en oeuvre dans la durée une politique intégrée de santé et de sécurité. La Cour des comptes a conduit une évaluation des politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool visant à analyser les évolutions de la consommation et l'état des connaissances scientifiques sur les comportements à risque, et à apprécier l'efficacité des principaux leviers d'action publique et les limites des politiques conduites. Aux termes de son enquête, la Cour appelle à une prise de conscience collective et propose un cadre d'action au service d'objectifs mieux affirmés.

Cour des Comptes (2018). La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins. Paris Cour des Comptes: 209-246, tab., graph., fig.

<https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-10/RALFSS-2018-06-lutte-contre-maladies-cardioneurovasculaires.pdf>

Pour l'année 2015, la Cnam estime ainsi à 4,5 millions le nombre de patients atteints d'une maladie cardio-neurovasculaire diagnostiquée et traitée. Le coût de ces prises charge, soit 16,1 Md€ pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie en 2016, augmente plus rapidement que la moyenne des dépenses de santé. Il va continuer à s'accroître : selon la Cnam, le nombre de patients pourrait atteindre 5,1 millions en 2020. Au-delà de leurs conséquences sur la santé humaine, les maladies cardio-neurovasculaires présentent ainsi un important enjeu pour la soutenabilité des dépenses d'assurance maladie. Or, malgré certains progrès, ce dernier est encore insuffisamment pris en compte dans les objectifs et l'organisation de notre système de santé. Sous l'effet d'une hausse préoccupante de leur prévalence, les maladies cardio-neurovasculaires représentent un coût élevé et croissant pour le système de santé français. Après les progrès partiels intervenus dans l'organisation de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'ensemble des soins à l'hôpital devraient être réorganisés afin d'en accroître les bénéfices individuels pour les patients. Au-delà, la gravité de la situation sanitaire liée aux maladies cardio-neurovasculaires appelle la mise en oeuvre d'actions convergentes, notamment en matière de prévention, afin d'améliorer les chances de chacun, dès avant comme à tous les stades de l'évolution de ces pathologies.

Cour des Comptes (2019). La prévention et la prise en charge de l'obésité. Paris Cour des comptes: 157.
<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prevention-et-la-prise-en-charge-de-lobesite>

Ce rapport d'évaluation réalisé à la demande de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale rappelle le triste bilan français dans le domaine de l'obésité qui concerne 49 % des adultes et 17 % des enfants de 6 à 17 ans. Les pouvoirs publics ont adopté, depuis 2001, des plans nationaux pour tenter de mieux prendre en charge cette pandémie. Ainsi, depuis 2005, le nombre de personnes obèses s'est stabilisé mais les inégalités sociales et territoriales se sont aggravées, en particulier dans les départements d'outre-mer. Les politiques de prévention et de lutte contre l'obésité sont volontaristes, en particulier les campagnes d'information et de communication, mais elles souffrent d'un manque de lisibilité et de coordination, et leurs effets sont, par ailleurs, difficiles à mesurer. Quant à la prise en charge médicale des patients, elle est encore insuffisante malgré les efforts engagés, notamment pour les enfants, dont le suivi s'est amélioré grâce aux réseaux pédiatriques de prévention et de soins et aux centres spécialisés de l'obésité. Parmi les pistes évoquées par la Cour des comptes pour améliorer la prévention de l'obésité : l'adoption d'une régulation plus contraignante envers les industriels de l'agroalimentaire, un meilleur encadrement de la publicité de certains produits alimentaires les moins bons sur le plan nutritionnel, voire une surtaxation, l'adoption de taux maximaux de sel, de sucre et de gras dans la composition nutritionnelle des aliments, déterminés au terme d'une concertation avec les industriels, l'extension du champ de l'exercice infirmier de pratique avancée à la prise en charge de l'obésité, la généralisation rapide de parcours de soins intégrant des interventions pluridisciplinaires et adaptés aux enfants en risque d'obésité et leur prise en charge par l'assurance maladie.

Cour des Comptes (2020). L'insuffisance rénale chronique terminale : une prise en charge à réformer au bénéfice des patients. Le rapport public annuel 2020 de la Cour des Comptes., Paris : Cour des comptes: 95-130.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2020>

La maladie rénale chronique détruit progressivement les deux reins, qui ne parviennent alors plus à filtrer correctement le sang. L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) en est le dernier stade : la perte de la fonction rénale entraîne le décès du patient si aucun traitement n'est appliqué. Ces traitements de suppléance de la fonction rénale consistent en des séances de dialyse ou en une greffe de rein. Pour les patients qui peuvent en bénéficier, la greffe comporte des bénéfices plus élevés que la dialyse. De plus, elle est moins coûteuse pour l'assurance maladie. Dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 201568, la Cour avait fait trois constats principaux sur la prise en charge de l'IRCT. D'une part, le recours à la greffe restait insuffisant alors qu'elle présente le meilleur bénéfice pour les patients. D'autre part, les modes de dialyse les plus lourds et contraignants pour les patients – en centre et en unité de dialyse médicalisée – prédominaient. Enfin, les coûts de la dialyse étaient excessifs, au détriment de l'assurance maladie qui les finance. Dans ces conditions, elle avait recommandé de rééquilibrer l'effort financier en faveur de la prévention, de donner une nouvelle impulsion à la greffe⁶⁹, de réduire les coûts de la dialyse et de développer la dialyse à domicile.

Cour des Comptes (2022). Les politiques publiques de prévention en santé au travail dans les entreprises. Paris Cour des Comptes: 106.

<https://www.ccomptes.fr/system/files/2022-12/20221220-politique-prevention-sante-securite-travail.pdf>

La santé au travail constitue un enjeu majeur : alors qu'en vertu du code du travail, les entreprises portent la responsabilité de préserver la santé de leurs salariés, près d'un million d'accidents dont plusieurs centaines sont mortels, et près de 50 000 nouvelles reconnaissances de maladies professionnelles sont comptabilisées chaque année. Pour indemniser les victimes, les entreprises versent chaque année environ 14 Md€ pour l'essentiel à la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » (AT-MP) de la sécurité sociale. Les conséquences humaines de ces sinistres, le coût des mesures de réparation et le coût social pour l'ensemble de la collectivité, y compris pour les

entreprises concernées, justifient que les pouvoirs publics confortent et accompagnent les démarches des entreprises par la réglementation et une politique de prévention. Alors que les actions de prévention conduites à ce titre représentent un coût d'environ 2 Md€, les pouvoirs publics s'efforcent de fédérer les nombreux intervenants de cette politique dans un domaine historiquement marqué par le paritarisme. Le rapport publié ce jour par la Cour des comptes examine dans quelle mesure les politiques de prévention en santé et sécurité au travail réussissent à créer un contexte favorable à la prise en compte, par les entreprises, de l'enjeu que représente la santé de leurs salariés.

Craplet, M., Chaumontet, L., Belgherbi, S., et al. (2015). "La prévention." Actualite Et Dossier En Sante Publique(90): 32-50, tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xGEIHB. Diffusion soumise à autorisation]. L'Etat s'est intéressé à la prévention du risque alcool surtout à partir des années 1950. La prévention agit à la fois pour limiter l'accès à l'alcool et pour informer les citoyens par l'éducation à la santé, la formation de relais et de campagne grand public.

Dechamp-Leroux, C. (2012). "La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social ?" Gerontologie Et Societe: 81-91.

[BDSP. Notice produite par FNG AsR0xrG7. Diffusion soumise à autorisation]. La préservation de la santé des seniors est de plus en plus présentée comme un investissement social et économique. On est passé de la gestion des risques liés à la vieillesse à la prévention de ces risques et il y a, au niveau des politiques publiques, une volonté de maîtrise des risques démographiques, sociaux et économiques par la prévision et par la prévention des problèmes de santé d'une population perçue négativement comme consommatrice de soins et de services. Cependant la prévention est surtout centrée sur l'individu alors que la prévention collective, plus complexe à mettre en oeuvre, serait plus efficace sur les déterminants sociaux. Seul un nouveau pacte social pourrait inverser les priorités. (R.A.).

Deseyne, C., Devesa, B. et Meunier, M. (2022). Surpoids et obésité, l'autre pandémie : Rapport d'information. Paris Sénat: 181.

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-744-notice.html>

En France, en 2015, près d'un adulte sur deux est en surpoids, et presque un sur cinq - 17 % - est obèse. Chez les enfants âgés de 6 à 17 ans, les prévalences observées étaient de 17 % de surpoids, dont 4 % d'obésité. Si ces proportions sont relativement stables depuis quelques années, la tendance de moyen et long terme est à la hausse, en France comme dans le monde, et le confinement imposé par la propagation du Sars-Cov-2, d'après les premières études publiées depuis, n'inversera hélas pas la tendance. La crise sanitaire a en outre mis en lumière que près de la moitié des patients infectés admis en réanimation en 2020 étaient en situation d'obésité, laquelle multiplie le risque d'intubation par deux, et le risque de décès par un facteur compris entre deux et trois. La vingtaine de pathologies associées à la surcharge pondérale n'étaient ignorées de personne, mais le covid l'a dit plus uniment : l'obésité tue. Si les facteurs précis conduisant à l'accumulation de gras dans l'organisme font encore débat dans la communauté scientifique, ils peuvent avant plus ample examen se laisser ramener, pour les besoins du tableau introductif d'ensemble, à une proposition relativement triviale pour les anthropologues et les historiens : l'épidémie d'obésité est le dernier effet collatéral du bouleversement des modes de vie causé par le développement de la société industrielle. Ce rapport a pour objectif d'émettre des recommandations afin d'adopter une politique publique efficiente de lutte contre l'obésité?

Drees (2014). Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche, Paris : DREES

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE ClpR0xsp. Diffusion soumise à autorisation]. Installé en septembre 2013 par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, l'Observatoire national du suicide poursuit deux missions principales : recenser les outils et les

données disponibles sur les suicides et les tentatives de suicide, en vue d'améliorer le système de surveillance existant ; porter à la connaissance et évaluer les actions de prévention afin de développer les interventions les plus efficaces. Dans son premier rapport annuel, l'Observatoire rappelle que plus de 11 000 personnes décèdent chaque année en France par suicide (le suicide est la cause d'un décès sur cinquante) et que près de 200 000 personnes sont prises en charge chaque année par les urgences hospitalières après une tentative de suicide. Le rapport met notamment en évidence des inégalités sociales très marquées : les agriculteurs exploitants sont deux à trois fois plus touchés par le suicide que les cadres ; le suicide touche davantage les ouvriers que les cadres. Les personnes sans activité salariée sont les plus touchées.

Du, R., E. (2014). "Quelles sont les interventions efficaces chez les jeunes pour prévenir les consommations ?" Sante En Action (La)(429): 26-29.

[BDSP. Notice produite par INPES AGR0xnrp. Diffusion soumise à autorisation]. Au regard de la littérature scientifique internationale, l'approche qui a le plus fait ses preuves pour prévenir les consommations de substances psychoactives chez les jeunes est le développement de leurs compétences psychosociales. Jeux de rôles, mises en situation et autres exercices pratiques apparaissent plus efficaces que le simple apport de connaissance didactique.

Du, R., E. et Beck, F. (2012). "Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature." Sante De L'homme (La)(422): 4-6.

[BDSP. Notice produite par INPES R0xHEAGB. Diffusion soumise à autorisation]. Dans quelle mesure les interventions en matière de prévention du suicide sont-elles efficaces ? La revue de littérature réalisée à partir des actions évaluées au niveau international vient préciser les différentes pistes d'intervention envisageables. L'analyse proposée ici permet de mettre en lumière les éléments utiles à la réflexion ainsi qu'à l'élaboration d'actions.

Duche, P., Billette-De-Villemeur, A., Com-Ruelle, L., et al. (2021). Avis relatif aux effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans (seconde partie) : de l'usage excessif à la dépendance. Paris HCSP: 21. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1074>

Suite à un premier avis en décembre 2019 sur les risques de l'exposition aux écrans, le Haut Conseil de santé publique (HCSP) étudie leur usage problématique. L'usage dysfonctionnel de l'Internet avant la pandémie, concernait environ 13% des jeunes de 12 à 14 ans. Les mesures liées au Covid-19 ont augmenté la surconsommation et la dépendance aux écrans. De nombreux tests de mesure du risque de dépendance aux écrans ont été développés dans le monde, ils doivent être fiables et valides pour identifier les jeunes joueurs dépendants, ou à risque de basculer vers un usage problématique. Les producteurs de technologies numériques utilisent ces effets addictogènes et le pouvoir attractif, ce risque « captatif » des écrans n'épargne aucun âge, mais peut entraîner à l'adolescence un décrochage scolaire. Dans ses recommandations, le HCSP préconise de former aux objets numériques les jeunes et leur famille, et de ne pas systématiquement médicaliser les usages intensifs quand les utilisateurs ont la capacité de garder le contrôle sur leur usage ; il est recommandé de renforcer en milieu scolaire les compétences psycho-sociales et l'apprentissage de la verbalisation des émotions suscitées par les images. Le HCSP insiste aussi sur la responsabilité sociétale des industriels et propose d'inscrire dans le débat éthique l'exposition des enfants mineurs à des incitations à la violence, au harcèlement, au sexisme et à des influences en lien à l'accès à internet et aux réseaux sociaux.

Dupays, S., Kiour, A., Bourdais, F., et al. (2018). Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé. Paris IGAS: 121. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000215/index.shtml>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8HHR0xD8. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport s'inscrit dans la démarche de promotion de l'activité physique engagée par le Gouvernement qui a été intégrée dans la Stratégie nationale de santé (SNS) et le Plan national de santé publique (PNSP),

présenté en comité interministériel de santé (CIS) le 26 mars 2018. Il constitue une base de travail pour lever les freins au développement de l'activité physique (AP) à des fins de prévention primaire mais aussi comme "thérapeutique non-médicamenteuse", comme le reconnaît l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La mission a relevé les très nombreuses initiatives menées sur le territoire grâce à une forte mobilisation de l'Etat, des collectivités locales, des associations sportives, mais aussi du secteur hospitalier, des mutuelles., avec l'appui de professionnels du sport et de la santé. Elle insiste sur la nécessaire reconnaissance du rôle de l'activité physique en matière de santé par un co-pilotage renforcé au niveau national et des financements consolidés distinguant mieux ce qui relève de la prévention primaire de ce qui relève de la prescription non médicamenteuse. S'agissant du "sport sur ordonnance", la mission préconise le recensement et la visibilité accrue de l'offre d'activités physiques dans un objectif de qualité en agissant notamment sur le contenu des formations des professionnels de santé et du sport. Quant aux "maisons sport-santé", engagement de la ministre des Sports conformément à sa feuille de route, la mission suggère de les créer à partir des réseaux de coordination ou des structures de santé pluridisciplinaires existant au niveau local sur la base d'un cahier des charges précis et partagé.

Dupays, S., Leost, H. et Le Guen, Y. (2022). Le dépistage organisé des cancers en France. Paris Igas. <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article854>

La stratégie décennale de lutte contre le cancer annoncée par le Président de la République le 4 février 2021 comprend pour objectif d'augmenter la participation aux dépistages des cancers (un million de dépistages supplémentaires à l'horizon 2025). Dans cette perspective, l'Igas s'est vu confier une mission d'évaluation du dispositif actuel relatif au dépistage organisé du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus. La mission a porté une attention particulière au rôle des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) créés en 2019. Le rapport montre que les résultats des trois programmes de dépistage organisé apparaissent en deçà des attendus, notamment en terme de participation et d'atteinte des publics, au regard des moyens alloués et des objectifs fixés au niveau national. Afin d'atteindre les objectifs assignés, il paraît donc nécessaire de revoir le pilotage et l'organisation des programmes, en particulier en changeant d'échelle dans les actions d'« aller vers » et en investissant massivement dans le numérique et la gestion des données.

Estelze-Desblans, E., Lajzerowicz, N. et et al. (2019). "Prévention et prise en charge des troubles liés à l'usage des écrans chez l'enfant de moins de six ans : élaboration d'un tutoriel pour les médecins généralistes." *Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques* **15**(8): 360-365.

Ce travail original consiste en l'élaboration d'un outil interactif de type tutoriel vidéo destiné aux médecins de soins premiers sur une thématique on ne peut plus d'actualité : les enfants et les écrans. Les publications sur le sujet ne cessent de se multiplier avec toutefois une approche pour le praticien qui reste floue. À l'heure actuelle, il est nécessaire d'apporter des messages plus clairs et homogénéisés aux familles sur les troubles potentiels liés à l'usage des écrans par les jeunes dans une démarche intéressante de santé publique menée en soins primaires.

Eurogip (2021). Comment relever le difficile défi de la prévention dans le secteur des soins aux personnes âgées, Paris : Eurogip <https://eurogip.fr/comment-relever-le-difficile-defi-de-la-prevention-dans-le-secteur-des-soins-aux-personnes-agees/>

Deux fois plus élevée que dans le bâtiment et les travaux publics, la sinistralité du travail dans le secteur de soins aux personnes âgées est un défi pour les années à venir. Cette question était au cœur des Débats d'Eurogip du 9 mars 2021. En effet, les salariés – en EHPAD ou à domicile – sont exposés à de multiples risques : TMS, RPS, violence des patients, situations conflictuelles, risques biologiques, routiers... Pour aider les employeurs et les salariés à gérer ces risques, des solutions existent. Celles-ci vont de la formation initiale et continue, l'information, les aides techniques et financières, les équipements, les partenariats avec les acteurs de la prévention des risques à des solutions plus

coercitives comme la législation ou l'inspection du travail... Cette première synthèse rassemble le panorama des réflexions, études, actions présentées par les 23 intervenants lors des débats.

Eurotox (2020). Bonnes pratiques de prévention et réduction des risques liés à l'alcool. Livret thématique : n°6. Bruxelles Eurotox: 180, fig., tab.

https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Livret6-Alcool_2.pdf

Ce sixième livret thématique d'Eurotox est consacré aux bonnes pratiques en matière de prévention et réduction des risques liés à l'alcool. Ce livret a pour objectif d'aborder de manière synthétique et didactique les bonnes pratiques en ces matières, l'identification et le partage de bonnes pratiques étant une stratégie importante pour soutenir le travail des intervenant-es de terrain.

FAGE (2014). Enquête sur les habitudes de consommation d'alcool des étudiants et leurs rapports aux actions de prévention. Paris FAGE: 13, tabl., graph.

Les différentes études menées depuis la fin des années 90 montrent qu'à l'entrée dans l'âge adulte les premières dépendances et abus réguliers apparaissent. C'est donc une question de santé publique majeure qui est soulevée ici au regard des nombreuses conséquences engendrées par ce type de comportement, que ce soit au niveau médical, économique, professionnel, social ou familial. L'enquête aborde ainsi différents axes de questionnement : - La fréquence et le volume de consommation ; - Les habitudes de consommation lors d'événements étudiants ; - Les moyens de prévention mis en place et leur impact réel auprès du public étudiants. Cette enquête a été menée auprès de 3086 étudiants entre mars et mai 2014.

Fantoni-Quinton, S. et Desbarats, I. (2021). "Renforcer la prévention en santé du travail." Droit Social(11): 868-937.

Ce dossier présente tout d'abord le contenu de la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 qui tend à déplacer le centre de gravité de la protection des travailleurs vers la prévention. Il en analyse ensuite différents aspects.

Fouquet, N., Cherrier-Challine, L., Rubion, E., et al. (2021). "Troubles musculo-squelettiques liés au travail : nombre de cas évitables par l'application d'un scénario théorique de prévention." Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (Beh)(3): 49-56, tab.

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/320554/2927052>

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent la première cause de maladies professionnelles indemnisées en France. Les objectifs de l'étude étaient d'estimer d'une part le nombre de TMS évitables par l'application d'un scénario théorique de prévention visant à réduire de 10% le nombre de cas uniquement liés au travail, et d'autre part le niveau de réduction d'incidence de l'ensemble des cas de TMS équivalent à la réduction de 10% de l'incidence de ceux liés au travail.

Fournier, C., Bourgeois, I. et Naiditch, M. (2018). "Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(232): 1-8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf>

Le dispositif expérimental Asalée (Action de santé libérale en équipe) a été créé en 2004 afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville. Un protocole de coopération permet des délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmières comprenant des dépistages et des suivis de pathologies chroniques. Dans le cadre du programme d'évaluation Daphnee, une recherche sociologique fondée sur une approche qualitative a été menée entre 2015 et 2017. Elle s'est intéressée d'une part au déploiement et à l'organisation du dispositif Asalée et, d'autre part, aux pratiques et interactions entre patients et professionnels. D'autres aspects de cette évaluation donneront lieu à des publications de l'Irdes, notamment une

typologie de la coopération entre médecins et infirmières et des résultats concernant l'effet du dispositif Asalée sur l'activité des médecins, le suivi et les parcours de soins de leurs patients.

Fournier, C., Cittee, J., Brugerolles, H., et al. (2018). "Améliorer la complémentarité des offres d'éducation thérapeutique du patient : retour d'expérience et recommandations." *Sante Publique* **30**(3): 307-311.
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-3-p-307.htm>

La promotion de l'ETP sur les territoires demande à être réfléchi dans une approche communautaire, suivant une logique de complémentarité pour atténuer les risques de rupture de suivi dans les moments de transition. Le Pôle de ressources Île-de-France en ETP a réuni un échantillon pluri professionnel, pluridisciplinaire et plurisectoriel de 45 participants, afin de définir les modalités d'une complémentarité des offres d'ETP partant des besoins des patients et contribuant au changement de paradigmes professionnels. Trois entretiens collectifs ont abordé successivement les trois thématiques de la complémentarité entre les offres d'ETP, des parcours des patients, et de la pluridisciplinarité, en prenant en compte les éléments structurels, les processus et les résultats. Constatant le manque de visibilité, les cloisonnements, les difficultés d'accès et le cadrage contraint des offres, les participants soulignent des éléments favorables issus de leur expérience, fondée sur un socle culturel commun. Les recommandations portent sur : le décloisonnement des structures, en développant la communication et les formations pluri-professionnelles, et en assouplissant les formats de programme ; la mise en lien des acteurs, en promouvant une offre de proximité, et en facilitant les analyses de pratiques et le développement d'une coordination exemplaire de la démarche d'ETP ; la diversification et l'articulation des approches évaluatives, en valorisant le caractère multidimensionnel des apports de l'ETP, non seulement pour les patients mais aussi pour les professionnels et le système de santé. Les Pôles de ressources en ETP peuvent contribuer à la mise en œuvre de ces recommandations en soutenant une approche collective fédératrice, à même de contribuer à une réduction des inégalités sociales d'accès à l'ETP.

Fournier, C., Frouard, H. et Halpern, C. é. (2021). Éduquer les patients, transformer les soignants. *La santé, un enjeu de société.*: 137-140.
https://www.scienceshumaines.com/la-sante_fr_786.htm

Les maladies chroniques sont en forte augmentation. Pour les patients qui en sont atteints, il est essentiel d'apprendre à vivre avec. C'est tout l'objectif des activités d'éducation thérapeutique.

Fournier, C., Naiditch, M. et Frattini, M. O. (2018). "Comment les médecins généralistes peuvent-ils contribuer à un accès plus équitable à l'éducation thérapeutique ?" *Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques* **14**(6): 268-272.

En France, le droit à bénéficier d'une éducation thérapeutique du patient (ETP) est inscrit dans le Code de la santé publique depuis 2009. Le système d'autorisation des programmes d'ETP instauré par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) a abouti à la constitution d'une offre essentiellement hospitalière et l'accès aux programmes d'ETP reste globalement faible : en 2015, 3 736 programmes étaient autorisés pour environ 15 millions de personnes atteintes de maladies chroniques. Dans cet article, nous qualifions d'« ETP » les pratiques mises en œuvre dans le cadre de programmes autorisés et nous appelons « pratiques éducatives » celles développées au sein de consultations médicales. La dimension éducative est repérée lorsque les médecins déclarent s'appuyer sur le vécu et l'expérience du patient pour l'aider à développer des compétences d'auto-soin et d'adaptation, en construisant des objectifs personnalisés réévalués d'une consultation à l'autre. Au-delà de quelques travaux sur l'ETP en ambulatoire et sur son intégration aux soins, les pratiques éducatives individuelles restent peu étudiées et leur formalisation n'a été envisagée que récemment. En parallèle, dans la continuité de la loi HPST, la Loi de santé de 2016 énonce l'objectif de « garantir un accès aux soins équitable ». Or on sait que les personnes appartenant aux catégories les moins favorisées de la population, et qui supportent la plus grande part du fardeau lié aux maladies chroniques, ont un accès moindre à la fois aux soins et à la prévention. Considérant que l'ETP serait à même de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé, on peut donc se demander s'il existe des inégalités d'accès à une prise en charge

éducative, et si oui, si les médecins généralistes sont en mesure de contribuer à réduire ces inégalités d'accès, comme cela a été montré pour d'autres interventions de santé publique. Cet article synthétise les résultats d'une recherche dans laquelle des médecins ont été interrogés successivement sur : leurs pratiques éducatives ; l'accès donné à d'autres ressources éducatives ; la façon dont ils appréhendent les caractéristiques sociales de leurs patients et l'influence des inégalités sociales sur leur travail éducatif ; les solutions qu'ils développent ou envisagent pour contribuer à plus d'équité d'accès à une démarche éducative ou d'ETP.

Gandre, C. et Coldefy, M. (2020). "Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(250): 8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/250-moins-de-soins-de-prevention-plus-d-hospitalisations-evitables-chez-personnes-suivies-pour-trouble-psychique-severe.pdf>

Les individus suivis pour des troubles psychiques font face à une mortalité prématurée, quelle que soit la cause de décès. Ce phénomène, marqueur d'inégalité de santé, questionne le suivi et l'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec un trouble psychique sévère. Les données du Système national des données de santé (SNDS) permettent de caractériser leur recours aux soins courants à l'échelle nationale en comparaison aux principaux bénéficiaires de l'Assurance maladie. Leur exploitation démontre un moindre recours aux soins de prévention et aux soins de spécialistes courants chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère, malgré une prévalence plus élevée des principales pathologies chroniques qu'en population générale, et une fréquence plus importante des hospitalisations évitables, malgré des contacts plus fréquents en médecine générale. Ces résultats soulignent les difficultés du système de santé à répondre de manière satisfaisante aux besoins spécifiques des personnes vivant avec un trouble psychique et soutiennent le développement de mesures dédiées pour améliorer l'accès et la prise en charge somatique de cette population aux multiples vulnérabilités.

Gery, Y. et Hamel, E. (2021). "" Aller-vers " pour promouvoir la santé des populations." Sante En Action (La)(458): 48.

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-decembre-2021-n-458-aller-vers-pour-promouvoir-la-sante-des-populations>

Pour promouvoir la santé de la population, les services de santé, sociaux et d'éducation ne suffisent pas : certains citoyens ne sont pas en capacité d'accéder à la santé, aux soins, à la prévention. Si l'on veut que ces populations bénéficient des droits fondamentaux, il faut " aller-vers " elles. Ce numéro spécial est entièrement consacré à cette démarche : il en synthétise l'état des connaissances et en présente des exemples diversifiés sur le territoire national, département d'outre-mer compris. Une trentaine d'experts et de praticiens de terrain ont contribué à ce numéro.

Gillaizeau, I. (2019). Évaluation d'un programme de prévention par les pairs des consommations de substances psychoactives : projet évalué en 2016-2017. Saint-Maurice Santé publique France: 154.

Le programme évalué, que nous nommerons le programme « B » est une intervention de prévention par les pairs des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis, conçue et déployée par une structure de prévention. Ce programme consiste à ce qu'un groupe de lycéens en classe de première (jeunes relais), reçoive une formation (28 heures) assurée par la structure de prévention, dans le but de délivrer une séance de sensibilisation des addictions (2 heures) à leurs pairs de classe de seconde. La formation des jeunes relais repose sur un programme de sensibilisation à la prévention des addictions (développement des connaissances sur les substances, audience au tribunal, recherche documentaire, table ronde, exposés, simulation d'animation de séance). À l'issue de leur formation, la séance de sensibilisation qu'ils délivrent à leurs pairs repose sur la projection de courts métrages suivie d'un débat portant sur les différentes options qui y sont proposées. À l'occasion de ces débats, les jeunes relais délivrent des informations sur les substances, les contextes, les risques de consommation ainsi que sur les ressources et aides disponibles. L'évaluation consiste en une étude

quasi-expérimentale contrôlée avant-après, avec une mesure T0 (1 mois avant l'intervention) et T1 (1 mois après l'intervention). L'étude est menée auprès de 313 jeunes, d'âge moyen 15,9 ans, scolarisés en classe de seconde dans 3 lycées d'un département français. L'analyse compare le groupe « Intervention » (n=115), composé de deux lycées ayant reçu le programme « B » au groupe « Contrôle » (n=198), composé d'un lycée n'ayant reçu aucun programme de prévention structuré. Les données sont recueillies par la passation d'un questionnaire papier. Les indicateurs principaux sont les consommations de tabac, d'alcool, de cannabis et les comportements d'ivresse. Les indicateurs secondaires sont les variables intermédiaires directement ciblées par le programme : intention de consommation, connaissances et attitudes vis-à-vis des substances, résistance à la pression des pairs, consommation perçue des pairs et climat scolaire. L'évaluation d'efficacité est complétée par une évaluation de processus qui a pour indicateurs : la dose et l'atteinte de la cible, la fidélité, le niveau de participation des intervenants, l'opinion sur les jeunes relais et l'appréciation du programme. Les résultats montrent une absence d'effet de l'intervention sur les consommations (tabac, alcool, cannabis), un effet contre-productif de l'intervention sur l'intention de consommer de l'alcool et un effet positif de l'intervention sur la capacité perçue à résister à la pression des pairs concernant la consommation d'alcool. L'évaluation de processus met en lumière plusieurs faiblesses dans la mise en oeuvre du programme : faible crédibilité des jeunes relais auprès de leurs pairs, charge de formation trop importante, variabilité des contenus diffusés et forte inégalité d'accès à la prévention entre jeunes relais et jeunes sensibilisés en termes de dose de prévention délivrée. Sur la base des données analysées et malgré les limites de l'évaluation, les résultats amènent à contre-indiquer ce programme sous sa forme actuelle. Dans le cadre d'une prévention par les pairs, des propositions en ligne avec la littérature scientifique correspondante sont formulées afin d'apporter des modifications majeures à l'intervention.

HAS (2015). Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète : Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). Recommandation de santé publique. Paris : HAS: 98.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/7v_referentiel_2clics_diabete_060215.pdf

Dans ce Référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé des Centres d'Examen de Santé de l'Assurance Maladie sur la prévention et le dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète, la HAS rappelle l'histoire de la maladie, l'épidémiologie, les facteurs de risque et leur prévention (pour les facteurs de risque amendables), les examens diagnostiques, les traitements, la stratégie de dépistage opportuniste ciblé, les examens de surveillance pour la prévention des complications microvasculaires et macrovasculaires, la place du médecin de CES dans le dispositif.

Hassmiller Lich, K. (2018). Éducation thérapeutique du patient : évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques. Orientations pour les pratiques et repères pour l'évaluation. Saint-Denis HAS: 3 vol. (5;154;167).

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2884714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp-evaluation-de-l-efficacite-et-de-l-efficience-dans-les-maladies-chroniques

En se fondant sur une actualisation de la littérature concernant l'ETP dans le champ des maladies chroniques les plus fréquentes (Asthme, BPCO, Diabète de type 1 et 2, Hypertension artérielle, Insuffisance cardiaque, Maladie rénale, Polyarthrite rhumatoïde, Polypathologie), la HAS propose, dix ans après les premiers rapports d'évaluation, des orientations pour la mise en oeuvre des interventions éducatives les plus adaptées aux besoins des patients et des repères pour analyser ou mener des études d'efficacité et d'efficience.

Havet, N., Penot, A. et Plantier, M. (2022). Disparités d'exposition aux facteurs de pénibilité en milieu professionnel et inégalités sociales de santé. Rapport d'études ; 031. Paris Dares: 202.

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/disparites-dexposition-aux-facteurs-de-penibilite-en-milieu-professionnel-et-inegalites>

Alors que les dépenses de santé en France sont parmi les plus élevées d'Europe (12% du PIB), la France affiche une espérance de vie sans incapacité très inférieure à la moyenne européenne, ainsi qu'une mortalité précoce évitable très élevée. Au-delà de l'enjeu de santé publique évident que révèlent ces chiffres, les conséquences économiques qui en découlent n'en sont pas moins préoccupantes. La prise en charge des personnes touchées par des maladies chroniques liées aux conditions de vie représente par exemple 58% des dépenses de santé du régime général, en sachant que le nombre de personnes concernées ne cesse d'augmenter (+ 2% par an). Ces chiffres révèlent les limites d'un système dans lequel la prise en charge curative est très majoritaire, avec un niveau de dépenses affectées à la prévention d'environ 5,9% de l'ensemble des dépenses de santé en 2014 [Drees (2016)]. Qu'il s'agisse de prévention primaire, pour éviter l'apparition de certaines maladies en agissant sur les causes, de prévention secondaire, pour détecter précocement certaines maladies, ou encore de prévention tertiaire, pour éviter la survenue de complications et de rechutes des maladies ; la prévention représente un outil de réduction des risques, qui est devenue une véritable priorité compte tenu des éléments précédents. Ce rapport a pour ambition d'analyser les disparités et le cumul des pénibilités au travail et leurs impacts sur les inégalités de santé à partir des enquêtes Conditions de travail et risques Psychosociaux (CT-RPS 2005, 2013, 2016) et Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer 2003, 2010, 2016-2017).

HCSP (2014). Evaluation du Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013. Paris HCSP: 84 , tabl.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=457>

La lutte contre les infections nosocomiales s'est considérablement développée depuis plus de trente ans en France. Le présent rapport rend compte de l'évaluation du programme national de prévention des infections nosocomiales (Propin) 2009-2013 réalisée par le HCSP en réponse aux saisines de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) de juin 2013 et de la Direction générale de la santé (DGS) de décembre 2013. Cette évaluation s'inscrit dans le cadre de la politique publique de lutte contre les infections associées aux soins (IAS) qui a élargi le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales (IN) au risque infectieux en milieu de soins. Bien que centrée sur les objectifs et les actions du Propin, cette évaluation tient compte des autres programmes dans ses analyses de cohérence externe pour apprécier l'articulation du Propin avec le plan stratégique national de prévention des IAS et avec le plan antibiotiques 2011-2016. Cette évaluation s'appuie sur une étude ad hoc réalisée auprès d'établissements de santé et d'institutions régionales visant à explorer les effets du programme du point de vue des professionnels, des administrations et des usagers, ainsi que les modalités de mise en œuvre opérationnelle des mesures. Cette étude a été menée dans trois régions : Ile-de-France, Aquitaine et Franche-Comté auprès d'un échantillon de trente établissements sanitaires et médico-sociaux (publics et privés) et des institutions (ARS, ARLIN, CIRE) de ces régions (résumé de l'éditeur)

HCSP (2016). Évaluation de la politique de lutte contre le cancer. Paris HCSP: 259.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=557>

À partir de l'analyse des 6 axes clés de la politique de lutte contre le cancer (Recherche, Observation, Prévention, Dépistage, Soins, Qualité de vie), le HCSP s'est, plus particulièrement, attaché à répondre aux 4 questions principales suivantes : Quel a été l'impact des deux premiers Plans cancer en termes de réduction des inégalités de santé ? Dans quelle mesure un plan thématique et un opérateur dédié (Institut national du Cancer –INCa) ont-ils constitué un progrès ? L'expérience acquise dans ce champ est-elle extrapolable à d'autres maladies chroniques ? Quels enseignements peut-on tirer d'une comparaison avec les expériences étrangères, notamment sur l'organisation des dépistages ? Cette évaluation a conduit à formuler 60 recommandations visant à améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers, à garantir des soins personnalisés et efficaces, à améliorer la qualité de vie des patients pendant et après le cancer, et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé face au cancer. Il s'agit aussi de renforcer la recherche et le recueil des données en cancérologie et d'optimiser le pilotage et la gouvernance concernant cette maladie.

HCSP (2016). Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Paris HCSP: 226.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>

Le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 a été construit autour d'objectifs stratégiques avec un rôle central des agences régionales de santé pour sa mise en œuvre. Il est décliné autour de quatre axes pour prévenir et réduire les ruptures: 1) au cours de la vie ; 2) selon les publics et les territoires ; 3) entre la psychiatrie et son environnement sociétal ; 4) entre les savoirs. Le HCSP dresse les constats suivants : ce plan est consensuel et pertinent. On constate des progrès dans la reconnaissance du rôle des personnes vivant avec des troubles psychiques et de leur entourage. Les études et les recommandations sur le handicap psychique se sont développées. On a assisté à un rôle accru des secteurs médico-social et social, et à un début de rééquilibrage de l'offre de soins. La santé somatique est mieux prise en compte et une attention a été apportée à la prise en charge en urgence et à l'accès aux soins des populations défavorisées. Il persiste cependant des difficultés : notamment une hétérogénéité des pratiques de soins et des moyens. Le HCSP regrette l'absence de remboursement des soins de psychothérapie. Le HCSP recommande d'inscrire la politique de santé mentale et de psychiatrie de façon pérenne et pilotée à long terme, avec une dimension interministérielle, plutôt que de mettre en place des plans successifs. Une enquête qualitative dans 5 régions a permis d'enrichir cette évaluation. Le rapport comporte 64 recommandations déclinées autour de cinq thèmes principaux : organisation des actions, prévention, développement des formations et soutien de la recherche, amélioration de l'accès aux soins, et amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec un trouble psychique.

HCSP (2020). Avis relatif à la gestion de l'épidémie de Covid-19 en cas d'exposition de la population à des vagues de chaleur. Paris HCSP: 26.

[https://s3-eu-west-](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/207893/5336/avis_HCSP.pdf?1589383322)

[1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/207893/5336/avis_HCSP.pdf?1589383322](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/207893/5336/avis_HCSP.pdf?1589383322)

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par la Direction générale de la santé (DGS) le 16 avril 2020 sur la gestion de l'épidémie de Covid-19 en cas d'exposition de la population à des vagues de chaleur. Pour anticiper le risque de vagues de chaleur conjuguées au coronavirus, le HCSP suggère dans un avis un pilotage territorial canicule et covid-19, le respect des protocoles règlement. Ires mis en place pour faire face à ces deux phénomènes et renforcement des effectifs professionnels.

Hercberg, S. (2013). Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé - 1ère Partie : Mesures concernant la Prévention nutritionnelle. Paris la Documentation Française: 128.

Afin de donner un nouvel élan au Programme National Nutrition Santé (PNNS) et au Plan Obésité (PO), le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé a missionné le Pr Hercberg et le Pr Basdevant pour formuler de nouvelles propositions. La première partie du rapport, rédigée par le Pr Hercberg, porte sur la prévention nutritionnelle, avec pour objectifs la réduction des facteurs de risque, la prévention des maladies chroniques, l'accroissement de l'espérance de vie en bonne santé et la réduction des inégalités de santé. Le Pr Hercberg avance des propositions courageuses : mise en place d'un système d'information simple et unique sur les emballages des produits ; instauration de taxes et de réductions de TVA en fonction de la qualité nutritionnelle des produits ; distribution de coupons « fruits et légumes » « sports » pour les plus démunis. Il s'attaque aussi à la promotion de la diversité des images du corps, avec l'interdiction des retouches photos dans les magazines, et l'interdiction de défilés pour les mannequins dont l'IMC est inférieur à 19. Plus généralement, il recommande que le PNNS et le PO soient pérennisés dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé.

Hesse, C. et Duhamel, G. (2014). Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives. Paris Igas: 86.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000578-evaluation-du-dispositif-medicosocial-de-prise-en-charge-des-conduites-addictives>

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a été saisie d'une mission d'évaluation du dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives, ciblant le dispositif spécialisé des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD). L'évaluation a porté sur : la définition de ses missions, la façon dont elles sont remplies et l'éventuel besoin de leur adaptation en particulier aux publics concernés (dont les jeunes consommateurs, les femmes les personnes migrantes?), et notamment la pertinence d'une mission de prévention obligatoire pour les CSAPA ; son fonctionnement, les évolutions à promouvoir pour plus d'efficacité et un meilleur service rendu, notamment l'articulation des missions de réduction des risques des CSAPA et des CAARUD ; leur financement, la possibilité de le rénover en fixant des tarifs ambulatoire, et la possibilité de fixer un taux d'encadrement dans ces structures ; la pertinence du maintien de CSAPA spécialisés ; la pertinence d'une structuration de l'offre de soins autour du CSAPA comme centre ressource d'un territoire.

INCa (2015). Plan cancer 2014-2019 : premier rapport au président de la République. Paris Institut National du Cancer: 91 , tab., graph., fig.

<http://www.e-cancer.fr/publications/93-plan-cancer/826-premier-rapport-au-president-de-la-republique-plan-cancer-2014-2019>

Ce rapport constitue une première évaluation de la première année du troisième Plan cancer. Des efforts importants ont été déployés en 2014 pour programmer la mise en œuvre des 185 actions qui composent le Plan et en organiser le pilotage et le suivi. Si trente-huit actions connaissent un retard, la grande majorité des actions programmées respecte le planning prévu et trois actions sont désormais achevées. Ce rapport fait un bilan de réalisation autour des 3 axes, avec pour objectif : Guérir plus de personnes malades ; L'annexe 1 du rapport (p. 31) regroupe les tableaux de suivi de toutes les actions au 1er janvier 2015.

INCa (2016). Plan cancer 2014-2019 : deuxième rapport au président de la République. Paris Institut National du Cancer: 158 , tab., graph., fig.

<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Deuxieme-rapport-au-president-de-la-Republique-Fevrier-2016>

Dans ce deuxième rapport adressé au Président de la République, l'Institut national du cancer (INCa), responsable du pilotage du troisième Plan cancer pour le compte des ministres chargés de la santé et de la recherche, présente avec ses partenaires les principales actions réalisées sur l'ensemble du territoire en 2015.

INCa (2017). Plan cancer 2014-2019 : troisième rapport au président de la République. Paris Institut National du Cancer: 176.

<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Troisieme-rapport-au-president-de-la-Republique-Fevrier-2017>

Dans ce 3e rapport adressé au président de la République, l'Institut national du cancer (INCa), responsable du pilotage du Plan cancer 2014-2019 pour le compte des ministres chargés de la santé et de la recherche, présente avec ses partenaires sa progression globale et l'avancement de chacune des 208 actions.

INCa (2018). Plan cancer 2014-2019 : cinquième rapport au président de la République. Paris Institut National du Cancer: 164.

<https://www.e-cancer.fr/%20Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cinquieme-rapport-au-president-de-la-Republique-Avril-2019>

Dans ce 5e (et dernier) rapport adressé au président de la République, l'Institut national du cancer, responsable du pilotage du Plan cancer 2014-2019 pour le compte des ministres chargés de la santé et

de la recherche, présente avec ses partenaires la progression globale et l'avancement des actions en matière de prévention, dépistage, recherche, offre de soins et recommandations.

INCa (2020). Plan cancer 2014-2019 : Plan cancer : Sixième rapport au président de la République - Mars 2020. Paris Institut National du Cancer: 56.

<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Sixieme-rapport-au-president-de-la-Republique-Mars-2020>

Pilote de la mise en oeuvre du Plan cancer 2014-2019, sous la responsabilité des ministres chargés de la santé et de la recherche, l'Institut national du cancer présente au président de la République les principales réalisations obtenues avec ses partenaires dans cette sixième année. Avec cette dernière année du troisième Plan cancer, la persévérance de l'ensemble des acteurs, locaux et nationaux, a permis de réaliser près de 90 % des jalons du Plan.

INCa (2021). Impact du dépistage organisé du cancer du sein sur les trajectoires de soins : des traitements moins agressifs grâce à la détection précoce, Paris : Inca

<https://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communiqués-de-presse/Impact-du-dépistage-organisé-du-cancer-du-sein-sur-les-trajectoires-de-soins-des-traitements-moins-agressifs-grâce-a-la-détection-précoce>

Les derniers chiffres de l'évaluation¹ du programme de dépistage organisé du cancer du sein montrent un recul de la participation de 3,5 points de pourcentage sur la période 2019/2020. Si la crise sanitaire liée à la COVID 19 a certainement précipité cette baisse, la participation au programme est en diminution constante après un pic observé sur la période 2011-2012 (52,4 % de participation). Parce qu'un cancer du sein détecté à un stade précoce permet souvent d'avoir recours à des traitements moins agressifs et présente de plus grandes chances de guérison, l'Institut rappelle, à l'occasion du mois de mobilisation contre le cancer du sein, l'importance du dialogue entre les professionnels de santé et leurs patientes sur les bénéfices et limites de ce dépistage.

INCa (2021). Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. Feuille de route 2021-2025. Boulogne Billancourt INCA: 57.

Alors que plus de 3,8 millions de nos concitoyens vivent ou ont eu à vivre avec un cancer, le Gouvernement a souhaité renforcer la lutte contre les cancers en France en s'attaquant à tous les champs où ces maladies pèsent sur le quotidien des Français, que ce soit en matière de prévention, de prise en charge ou d'accompagnement des patients. Pour la première fois, 4 objectifs chiffrés viennent donner la force de cette ambition : réduire de 60 000 par an le nombre de cancers évitables à horizon 2040 (le nombre de cancers évitables est aujourd'hui estimé à environ 153 000 par an) ; dépister un million de personnes en plus par an à partir de 2025 (9 millions de dépistages sont réalisés chaque année) ; réduire de deux tiers à un tiers la part des patients souffrant de séquelles 5 ans après un diagnostic ; infléchir significativement le rythme de progression du taux de survie des cancers de plus mauvais pronostic, à horizon 2030. Pour y répondre, la stratégie décennale de lutte contre les cancers s'est définie 4 axes stratégiques : Améliorer la prévention, primaire comme secondaire, limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie des patients, lutter contre les cancers de mauvais pronostic chez l'adulte et chez l'enfant, s'assurer que les progrès en matière de lutte contre les cancers bénéficient à tous. Une première feuille de route à 5 ans, détaillant les actions pour les années 2021-2025, sera décrite dans un décret publié le vendredi 5 février 2021. Elle sera dotée d'1,74 milliards d'euros, soit une augmentation de près de 20% par rapport au précédent Plan cancer 2014-2019.

INCa (2022). Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. 1er rapport au Président de la République. Boulogne Billancourt INCA: 109.

https://www.e-cancer.fr/content/download/428620/6456026/file/Rapport%20au%20PR_fevrier%202022_VF.pdf

Un an après le lancement de la stratégie décennale, ce premier rapport adressé au président de la République témoigne des avancées réalisées dès cette année 2021, et de la progression globale accomplie en matière de lutte contre les cancers en France. La mobilisation de l'ensemble des partenaires, institutionnels et associatifs, professionnels de la santé et de la recherche, patients et usagers, aux niveaux national et local, a rendu possible des avancées dans tous les champs de la lutte contre les cancers : recherche, prévention, dépistage, soins, qualité de vie, après-cancer.

Inserm (2014). Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Expertise collective. Expertise collective. Paris INSERM: 588 , tabl., graph., fig.

Ce rapport présente les travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective pour répondre à la demande de la Direction générale de la santé concernant les stratégies de réduction des inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Ce groupe a construit sa réflexion autour des questions suivantes : Quels sont les concepts et indicateurs des inégalités sociales de santé ? Quel rôle jouent les comportements de santé dans les inégalités sociales de santé ? Quelle est la situation nutritionnelle (alimentation et activité physique) de la population générale en France ? Quelles sont les disparités nutritionnelles selon la position socioéconomique ? Quels sont les facteurs sociaux, culturels, économiques qui participent à la construction des inégalités sociales de nutrition ? Quelles sont les interactions entre les facteurs environnementaux (offre alimentaire, publicité, équipement, urbanisme...), les comportements alimentaires et la pratique d'activité physique ? Quelles sont les répercussions sur les inégalités sociales de nutrition ? Quelles sont les différentes stratégies d'intervention en prévention universelle, ciblée ? Que sait-on de l'efficacité de ces interventions ? Quelles sont les données sur l'évaluation économique des programmes de prévention ?

Institut Montaigne (2014). Prévention des maladies psychiatriques : en finir avec le retard français. Paris Institut Montaigne: 83 , fig.

http://www.institutmontaigne.org/res/files/publications/etude_sante_mentale_institut_montaigne.pdf

Pathologies méconnues et mal comprises, les maladies mentales font l'objet d'une forte stigmatisation. Elles affectent pourtant une personne sur cinq chaque année et représentent un enjeu majeur de santé publique encore sous-estimé en France. À l'heure où la prévention constitue un levier essentiel de rénovation des politiques de santé, il y a urgence à inscrire les maladies mentales dans une politique de prévention globale et à repenser les modèles de leur prise en charge à la lueur des progrès accomplis et des pratiques les plus porteuses d'espoir. L'Institut Montaigne, en collaboration avec la Fondation FondaMental, a voulu comprendre le poids social et économique des maladies mentales en France et identifier les axes d'une politique de prévention susceptible de contribuer à réduire leurs conséquences dramatiques, tant à l'échelle individuelle que collective. Cette étude se concentre sur quatre maladies parmi les plus graves : les schizophrénies, les troubles bipolaires, les dépressions et l'autisme. Ces pathologies sévères, qui débutent le plus souvent chez l'enfant ou le jeune adulte, sont fréquentes et leur prévalence ne diminue pas (résumé de l'éditeur).

Jestin, C. et David, F. (2015). "L'Inpes : acteur des dispositifs de prévention en cas de risques ou d'urgences sanitaires." Sante En Action (La)(432): 12-13.

[BDSP. Notice produite par INPES EEHGDR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Grippe, canicule, grand froid, dengue, chikungunya., l'Inpes a pour mission d'informer les populations en prévention des risques et de crises sanitaires, en lien étroit avec les autres organismes d'État impliqués. L'un des principaux objectifs est d'informer au plus près les populations, y compris en utilisant les relais les plus adaptés, afin que les messages de prévention soient pris en compte.

Juanico, R. et Tamarelle-Verhaeghe, M. (2021). Lutte contre la sédentarité. Rapport d'information sur l'évaluation des politiques publiques de prévention en santé publique. Paris Assemblée Nationale: 196.

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cec/l15b4400_rapport-information.pdf

Ce rapport, assorti de 18 propositions, rappelle les données inquiétantes portant sur les effets de la sédentarité et souligne les incontestables bienfaits de l'activité physique et sportive ; il évoque les difficultés auxquelles est confrontée la politique de lutte contre la sédentarité en termes d'organisation, de pilotage et de financement. Les rapporteurs ont également souhaité mettre un accent particulier sur le rôle de l'école, socle de la prévention primaire ; ils ont enfin analysé les bienfaits de l'activité physique adaptée sur les patients atteints de maladies chroniques et les séniors.

Kerzanet, S. (2012). "Un siècle d'éducation pour la santé." Sante De L'homme (La)(420): 59.

[BDSP. Notice produite par INPES E89R0xHF. Diffusion soumise à autorisation]. Frise chronologique de 1902 à 2010 qui retrace l'histoire de l'éducation pour la santé (lois, textes de référence, institutions.).

Khiredine, I., Santin, G. et Bossard, C. (2015). "Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants." Sante En Action (La)(433): 44-46.

[BDSP. Notice produite par INPES 7R0xtH9A. Diffusion soumise à autorisation]. Une première étude transversale menée sur les années 2007,2008 et 2009 chez les exploitants agricoles et les collaborateurs d'exploitations a mis en évidence un excès de mortalité par suicide chez les hommes exploitants agricoles, par rapport à la population générale. Cette surmortalité est particulièrement marquée pour les hommes âgés de 45 à 64 ans et dans deux secteurs de l'élevage bovin (bovins lait et bovins viande). La mise à jour des données et la poursuite des analyses selon des caractéristiques professionnelles détaillées permettront d'étudier plus finement la mortalité par suicide dans cette population.

Laborde, C., Bigossi, F. et Gremy, I. (2022). "Santé des proches aidants et interventions de santé publique pour améliorer leur santé." Actualite Et Dossier En Sante Publique(117): 6-11.

La pandémie de Covid a bouleversé la vie des populations. Lutter contre l'épidémie est devenu l'axe principal de toutes les politiques nationales et internationales. Cela ne s'est pas fait sans remise en cause des principes de liberté, de responsabilité, et du rôle des différents acteurs. Les conséquences en termes d'évolution des personnes malades, hospitalisées, en réanimation ou décédées?; mais aussi les commentaires ou critiques des décisions prises ont été largement médiatisés. La Covid a fait l'objet de multiples réflexions politiques, sociales, médicales, économiques et éthiques bien souvent approximatives voire contradictoires. Après un premier numéro d'ADSP en décembre 2021 pour faire un point épidémiologique, technique et organisationnel sur cette épidémie, ce second dossier sur la Covid propose une approche plus distanciée et une réflexion éthique sur ce qui s'est passé. Comment les décisions ont été prises ? Sur quelles bases éthiques reposent-elles ? Quel enseignement peut-on en tirer sur l'évolution de nos valeurs sociétales et culturelles, voire spirituelles ? Toutes ces questions sont abordées : le contexte juridique qui a encadré les décisions, le respect et la compassion qui ont motivé les choix de protéger les personnes âgées ou vulnérables, les effets collatéraux des mesures barrières ou de protection sur ces mêmes populations et sur la jeunesse, les attitudes vis-à-vis de la vaccination, les souffrances des personnels de santé... A-t-elle été un révélateur d'inégalités sociales, de conflits de générations, ou au contraire l'occasion de renforcer notre lien social et notre solidarité inter individuelle. Enfin cette crise a montré que la médecine ne pouvait s'entendre que dans une appréhension de l'homme total, englobant la personne tout entière, aussi bien somatique que psychologique et spirituelle, et aussi bien sous son angle individuel que collectif et environnemental. La revue de littérature est accessible sur le site de l'ORS-IDF : <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/sante-des-proches-aidants-et-interventions-en-sante-publique/>.

Lamboy, B., Clement, J., Thomas, S., et al. (2011). "Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes." Sante Publique(6): 113-125.

[BDSP. Notice produite par EHESP nR0x898E. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article propose de faire l'état des connaissances scientifiques sur les interventions validées de prévention et de

promotion de la santé mentale auprès des enfants et des jeunes. Une définition de la santé mentale, de la prévention des troubles psychiques et de la promotion de la santé est rappelée en introduction. Une vingtaine d'interventions ont été identifiées comme ayant eu un impact sur la santé mentale des jeunes. La connaissance de ces interventions validées au niveau international devrait permettre d'alimenter la réflexion sur les pratiques des professionnels du champ en France.

Lasbeur, L. et al. (2020). "Adoption des mesures de prévention recommandées par les pouvoirs publics face à l'épidémie de Covid-19 pendant la période de confinement en France métropolitaine. Enquête CoviPrev." *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (Beh)*(18).

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-19-juin-2020-n-16>

Dans le contexte de l'épidémie du Covid-19, dès l'annonce du confinement par le gouvernement le 17 mars, Santé publique France a mis en place un dispositif de surveillance afin de suivre l'adoption des comportements de prévention par la population. L'objectif était d'estimer le niveau d'adoption des mesures de prévention recommandées par les pouvoirs publics selon les caractéristiques de la population (sociodémographiques, conditions de vie liées à l'épidémie de Covid-19 et au confinement), d'identifier les facteurs cognitifs et affectifs associés (perceptions et connaissances) et d'en suivre les évolutions pendant la période de confinement. Cette étude présente et analyse les résultats obtenus.

Lastier, D., Salines, E. et Rogel, A. (2013). Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2010, évolutions depuis 2006. Saint-Maurice INVS: 29 , tabl., graph., fig.

Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé en 2004. Il comprend un examen clinique et deux mammographies par sein interprétées par un premier radiologue, suivis si nécessaire d'un bilan de diagnostic immédiat, ainsi qu'une seconde lecture systématique des clichés normaux. Entre 2004 et 2010 le nombre de femmes dépistées est passé de 1 621 000 à 2 362 000. Le taux de participation a progressé fortement entre 2004 et 2008 passant de 40,2 % à 52,4 % et il est depuis stabilisé avec un taux de 52,0 % en 2010. Pour 7,1 % des femmes dépistées en 2010, la mammographie était anormale et le bilan de diagnostic immédiat a confirmé l'anomalie pour 44,8 % de ces femmes soit 3,1 % des femmes dépistées. Une mammographie normale était associée à un examen clinique anormal dans 6,1 % des cas. Après la seconde lecture, 1,3 % des femmes ont été rappelées. Les taux de cancers détectés par le programme étaient de 6,8 ‰ en 2009 et 6,8 ‰ (données provisoires) en 2010. Parmi l'ensemble des cancers dépistés, 6,2 % l'ont été par la seconde lecture. En 2010, 15,2 % des cancers étaient in situ. Parmi les cancers invasifs, 38,2 % avaient une taille inférieure ou égale à 10 mm et 76,0 % de ceux dont le statut ganglionnaire était connu ne comportaient pas d'envahissement. En 2010, pour la troisième année, le programme autorisait la mammographie numérique. Des différences assez nettes sont constatées entre la technologie numérique plein champ (DR) d'une part et les technologies analogique et numérique à plaques (CR) d'autre part. Les mammographes DR étaient à l'origine de plus d'examens positifs en première lecture, de plus de cancers dépistés, mais d'une valeur prédictive positive des examens après bilan plus faible et d'un apport moindre de la deuxième lecture que les deux autres types de mammographes. Ces conclusions doivent être considérées avec prudence pour la technologie numérique CR car ce groupe hétérogène recouvre des appareils très différents dans leurs performances. Ces indicateurs demeurent conformes au référentiel européen et au cahier des charges français hormis pour la participation au programme de dépistage organisé qui reste insuffisante dans le contexte de la coexistence avec un dépistage individuel.

Laussu, J. (2022). "Les ergonomes en service de santé au travail face aux contraintes gestionnaires de la prévention." *Connaissance De L'emploi : Le 4 Pages Du Ceet*(184): 4.

<https://ceet.cnam.fr/publications/connaissance-de-l-emploi/les-ergonomes-en-service-de-sante-au-travail-face-aux-contraintes-gestionnaires-de-la-prevention-1359907.kjsp>

Les évolutions récentes de la santé au travail impliquent plusieurs transformations notables, notamment dans la définition et l'orientation des pratiques de prévention des professionnels de la santé au travail. À partir d'une enquête empirique menée sur le groupe professionnel des ergonomes et plus particulièrement celles et ceux exerçant en services de santé au travail interentreprises, ce numéro de Connaissance de l'emploi étudie les pratiques de prévention et les contraintes qui pèsent sur les activités de ces ergonomes. Tout d'abord, il interroge la manière dont l'organisation du système de prévention des risques professionnels et les entreprises orientent leur travail pour privilégier un type de prévention : les demandes à caractère individuel et technique. Puis, il s'agit de donner à voir la façon dont les ergonomes (ré)agissent face à ces contraintes.

Le Masmea, A. (2015). "Les médecins généralistes, acteurs de la prévention." *Sante En Action (La)*(433): 23-.

[BDSP. Notice produite par INPES R0xokBAC. Diffusion soumise à autorisation]. Une majorité de médecins généralistes considèrent que la prévention dans le domaine de l'activité physique fait partie intégrante de leur rôle. En novembre 2014, un atelier, co-construit par l'Inpes et le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) et qui s'est tenu à Lille dans le cadre du Congrès national du collège, a été consacré aux travaux de recherche conduits sur cette thématique.

Lengagne, P. et Université Paris Dauphine. Ecole doctorale de Dauphine. (2012). Assurance et prévention des risques liés au travail. Paris, Université Paris Dauphine. **Thèse de doctorat de sciences économiques.**: 279p.

En France, comme dans plusieurs autres pays industrialisés, le système d'assurance du risque AT-MP (accidents du travail et maladies professionnelles) comprend un mécanisme de tarification a posteriori. Il s'agit d'encourager individuellement les entreprises à investir dans la prévention des AT-MP. Au-delà de cet effet attendu, cependant, ce dispositif entraîne potentiellement des effets non souhaités : accentuation de la non-déclaration des sinistres, influence négative sur l'emploi et les salaires. En outre, le phénomène de sous-reconnaissance des AT-MP peut limiter de façon substantielle les bénéfices de ce dispositif en termes de prévention. La présente recherche porte un éclairage sur la capacité de ce dispositif à atténuer le coût social des accidents et maladies liés au travail. Les résultats suggèrent notamment que ce dispositif induit une augmentation de l'effort de prévention des entreprises et une diminution de leur sinistralité. Toutefois, ils soulignent également un phénomène massif de sous-reconnaissance des dépenses de santé liées au travail chez les ouvriers et employés, limitant la portée de ce dispositif.

Lombrail, P. (2013). "Pour une stratégie nationale de santé qui ne se limite pas à l'optimisation des parcours de soins individuels." *Sante Publique* **25**(4): 385-388.

[BDSP. Notice produite par EHESP 8DDIIROx. Diffusion soumise à autorisation]. La stratégie nationale de santé (SNS) a pour ambition de définir un cadre de l'action publique pour les années futures, pour combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès au système de soins et adapter le système de santé français aux besoins des patients, ainsi qu'aux mutations qui sont à l'oeuvre. L'auteur de cet article regrette que l'essentiel des recommandations porte sur le système de soins (et de protection sociale), alors qu'une seule (même si c'est la première) nomme en propre l'objectif de promotion de la santé et de prévention et qu'aucune n'est consacrée aux enjeux de santé et d'environnement (cinq lignes sont consacrées à la santé au travail, par exemple). Certes, parmi les décisions figure bien celle de renforcer l'aspect sanitaire de l'étude d'impact des projets de loi ", mais c'est, avec l'invite au "renforcement des équipes de santé scolaire et universitaire en y consacrant une part des crédits des 60 000 emplois créés dans l'éducation nationale ", une des rares allusions, selon l'auteur de l'article, à la nécessité de développer une approche intersectorielle des questions de santé.

Lonne, M. (2019). Histoire de l'éducation thérapeutique du patient. Limoges Université de Limoges, Université de Limoges. Limoges. FRA. **Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine:** 78 , fig.

L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) s'impose comme une réponse indispensable au développement des maladies chroniques. Nombres d'études lui sont consacrées, et confirment pour la

plupart ses bénéfices indéniables. Loin de la simple information, elle permet au patient d'acquérir les compétences nécessaires à la gestion de sa maladie et à l'optimisation de sa qualité de vie. Les soignants formés s'aident de programmes structurés, et s'appuient sur une communication adaptée afin de développer une relation de qualité, nécessaire au bon déroulement du programme. Outre la médecine, l'ETP puise dans de nombreuses disciplines. La socio-anthropologie étudie la relation médecin-patient et apporte la notion de contextualisation. La psychologie permet d'accompagner au mieux le patient selon les stades d'acceptation de la maladie. La pédagogie procure plusieurs techniques d'apprentissage. Les nouvelles technologies fournissent des outils complémentaires. Enfin, l'art peut être une puissante thérapie. Historiquement, bien que l'on trouve des précurseurs comme Raspail au XIX^{ème} siècle ou Joslin au début du XX^{ème}, on considère que l'ETP est née en 1922 avec l'insulinothérapie et la chronicisation du diabète. S'en suivent d'autres progrès médicaux permettant de chroniciser d'autres pathologies. Tandis que les médecins réalisent qu'ils ne peuvent être en permanence auprès des patients pour leur prodiguer les soins quotidiens, ces derniers réclament plus d'autonomie et s'organisent en associations. L'ETP devient alors une nécessité. Miller et Goldstein en 1972 objectivent les bénéfices médicaux et économiques engendrés par l'ETP. Des programmes se développent, des services hospitaliers y sont dédiés. Finalement les instances gouvernementales montrent un intérêt grandissant pour l'ETP, qui aboutit à son inscription dans la loi Hôpital Patient Santé Territoires en 2009.

Mansour, Z. (2018). "Prévention et promotion de la santé : une responsabilité collective." Actualite Et Dossier En Sante Publique(103): 8-59.

Ce dossier est consacré à la prévention et à la promotion de la santé comme responsabilité collective. Après avoir défini la promotion de la santé et la prévention, les outils et ressources existants, la nécessité d'évaluation, il présente quelques illustrations de la responsabilité collective en matière de santé : aménagement urbain, qualité de vie au travail, promotion de la santé à l'école, dans les services judiciaires pour la jeunesse... Il développe ensuite les concepts d'empowerment, de marketing social critique, de littératie.

Margat, A. et Morsa, M. (2018). "Le médecin généraliste, un acteur central dans l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques faiblement alphabétisés." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques(14): 365.

Parmi les réponses apportées aux malades chroniques, l'éducation thérapeutique du patient tient une place importante. Cependant, un faible niveau de littératie en santé (LS) constitue un obstacle majeur pour accéder à cette éducation. Ceci est particulièrement déterminant chez les patients faiblement ou non alphabétisés qui bénéficient moins des actions d'éducation en santé et ne possèdent pas les compétences pour recourir aux ressources existantes. La LS est au carrefour de l'éducation, de la santé et de la culture et, en ce sens, elle nécessite une approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. À ce titre, le médecin généraliste peut jouer un rôle central que ce soit par le repérage des patients avec un faible niveau de littératie ou la mise en œuvre d'interventions éducatives.

Metten, M. A., Buyck, J. F., David, S., et al. (2021). "Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention." Etudes Et Resultats (Drees)(1197): 6 , Fig. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/er1197.pdf>

Début 2020, un médecin généraliste sur cinq déclare avoir contribué à l'organisation d'actions de prévention collective au cours des deux dernières années et près d'un praticien sur trois a déjà participé ou a l'intention de participer au dispositif Mois sans tabac. Les médecins exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) participent plus souvent à ces dispositifs. Des messages et outils de prévention sont proposés dans la grande majorité des cabinets. Il s'agit essentiellement de flyers et de brochures, les auto-questionnaires pour faciliter les échanges avec les patients étant moins répandus et les messages vidéo encore rares. Trois médecins généralistes sur quatre connaissent au moins une des deux principales cotations de consultations complexes dédiées à la prévention. Les praticiens les plus jeunes et ceux impliqués dans des actions de prévention collective sont plus enclins

à les utiliser. Près de la moitié des médecins généralistes considèrent que la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) a eu un effet positif sur leurs pratiques préventives, dans au moins un des trois domaines étudiés (vaccination antigrippale, dépistage des cancers gynécologiques et démarches d'intervention brève en addictologie).

Michel, P. (2015). "Prévenir la médecine : la prévention quaternaire pose le cadre de la pertinence des soins. Éditorial." *Actualite Et Dossier En Sante Publique*(92): 2-

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=149>

[BDSP. Notice produite par EHESP sDIR0xkr. Diffusion soumise à autorisation]. La prévention quaternaire est définie comme l'ensemble des actions menées pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le "protéger" d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables. La prévention quaternaire devient alors l'ensemble des activités de santé pour éviter ou atténuer les conséquences de l'intervention insuffisante, inutile ou excessive du médecin et du système de santé. Le chantier est encore important et justifie des campagnes internationales, des colloques spécifiquement dédiés au sujet ainsi que les initiatives des grandes revues médicales.

Michel, P., Fouchard, A., Bensadon, M., et al. (2015). "Des soins pertinents ?" *Actualite Et Dossier En Sante Publique*(92): 10-19.

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=149>

[BDSP. Notice produite par EHESP Br9GR0xG. Diffusion soumise à autorisation]. La volonté d'améliorer la pertinence des soins n'est pas nouvelle mais elle fait l'objet d'une approche renouvelée car elle intervient au carrefour d'un contexte financièrement contraint, qui incite à limiter les dépenses inutiles, et d'une préoccupation grandissante pour la qualité des soins et la sécurité du patient. Bien que la qualité du système de santé dans notre pays soit de bon niveau, les inégalités y sont très importantes : les inégalités sociales, largement documentées, y compris dans cette revue, et les inégalités géographiques ou territoriales qui le sont beaucoup moins et qui résultent du fait que les patients sont pris en charge différemment en fonction du lieu dans lequel ils résident. On parle de "variations" ou de "variabilité des pratiques médicales" : au sein d'un groupe d'individus présentant la même pathologie et les mêmes symptômes, certains vont être traités et d'autres pas.

Ministère chargé de la Santé (2022). Bilan de la mise en œuvre de la feuille de route « santé mentale et psychiatrie ». Paris MSSPS: 88.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_cssmp_bilan_fdr_janvier_2022_consolide_dmsmp.13.01.22_.pdf

La situation des personnes vivant avec des troubles psychiques en France est préoccupante. La demande de soins est en augmentation constante notamment pour les troubles anxiodépressifs, les psycho-traumatismes, les troubles du comportement, les addictions. Ces troubles appartiennent aux causes principales de morbidité et de mortalité. En effet, selon l'OMS, 1 personne sur 4 est touchée par des troubles psychiques à un moment de sa vie. Ces troubles représentent aujourd'hui le premier poste des dépenses de santé de notre pays, avec un coût total de 23,4 Mds € pour l'assurance maladie (14,5% des dépenses), et de 30 Md€ avec les aides indirectes (indemnités journalières- aide sociale).

Ministère chargé du Travail (2021). 4e plan Santé au travail 2021-2025. Paris Ministère chargé du travail: 132.

<https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst4.pdf>

Ce 4e plan pour la santé au travail fixe la feuille de route en matière de santé au travail pour la période 2021-2025. Il est le fruit d'un travail de co-construction entre l'État, la Sécurité sociale et tous les organismes de prévention ainsi que les partenaires sociaux. Son élaboration s'est appuyée sur le bilan du PST 3 et des PRST 3 publié en juillet 2021. La philosophie d'ensemble du PST 3 reste pertinente. La primauté de la logique de la prévention par rapport à la logique réparation, la promotion d'une approche positive de la santé, la place majeure du dialogue social autour des conditions de travail ou

celle de la prévention de la désinsertion professionnelle et de l'accompagnement des salariés vulnérables restent donc des fondamentaux de la prévention en santé au travail. Sur l'ensemble de ces thèmes, une impulsion majeure a été donnée par l'ANI du 9 décembre 2020 et la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail. Le PST 4 traduit pleinement leur contenu et leur confère une dimension pleinement opérationnelle. Parallèlement, de nouvelles thématiques ont été intégrées, à l'image des effets du changement climatique, des crises ou de l'égalité entre les femmes et les hommes. Enfin, les liens entre le PST 4 et les autres plans et programmes ayant un impact sur les travailleurs (santé, environnement, cancer, agriculture etc.) sont réaffirmés et approfondis. Le plan traduit pleinement la notion « d'allers vers » mise en œuvre en santé publique.

Ministère chargé du Travail (2021). Plan santé au travail 3 2016-2020. Bilan. Paris Ministère chargé du travail: 272, fig.

<https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/plans-gouvernementaux-sante-au-travail/article/plans-sante-au-travail-pst>

Fruit d'une co-construction entre organisations syndicales et patronales, organismes de sécurité sociale, acteurs de la prévention professionnelle et administrations de l'Etat, le Plan santé au travail (PST) 2016-2020 avait fixé 10 objectifs opérationnels organisés autour de trois axes : donner la priorité à la prévention primaire et développer la culture de prévention (à rebours d'une approche longtemps centrée sur la réparation), améliorer la qualité de vie au travail, levier de santé, de maintien en emploi des travailleurs et de performance économique et sociale des entreprises (pour répondre aux enjeux de santé publique mais aussi de maintien dans l'emploi d'une population active vieillissante et davantage touchée par les maladies chroniques évolutives) ; renforcer le dialogue social et les ressources de la politique de prévention en structurant un système d'acteurs, notamment en direction des TPE-PME. Elaboré collectivement, le bilan du PST 3 s'attache à souligner pour chacun des objectifs du plan les enjeux, avancées obtenues mais aussi les progrès qui restent à accomplir. La réflexion intègre les problématiques soulevées par les crises survenues au cours de la période comme les épisodes caniculaires ou la pandémie de la Covid-19. Le bilan du plan santé au travail 2016-2020 va nourrir la réflexion sur le 4e plan santé au travail qui couvrira la période 2021-2025 et dont l'élaboration a commencé.

Morch, S. et Buffet, M. G. (2020). Rapport pour mesurer et prévenir les effets de la crise du covid-19 sur les enfants et la jeunesse. Paris Assemblée nationale : 353.

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cecovidj/115b3703_rapport-enquete.pdf

Réalisé sur la base d'entretiens auprès des jeunes, ce rapport dresse un portrait de la jeunesse française actuelle et de l'impact de la crise sanitaire sur leurs conditions de vie (état de santé, situation économique...). Il ressort de cette analyse que la société, les médias, les adultes en général véhiculent une image négative et pessimiste de leur génération. Ils n'ont pas été contaminés par le virus, mais par la sinistrose. Le Covid-19 n'est pas le seul à leur avoir ravi leur insouciance déjà battue en brèche bien avant par les informations en continu, les attentats, la violence et la crise éco-climatique.

Morel, A., Lecoq, G. et Jourdain-Menninger, D. (2012). Évaluation de la prise en charge du diabète. Rapport IGAS ; 2012 033.: 2 vol. (104+249), annexes.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE DIT8rR0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a mené une mission d'évaluation transversale de la politique de santé publique relative à la prise en charge du diabète, devenue en 2010 la première des maladies chroniques en France (3 millions de personnes atteintes). La mission observe que le coût du diabète progresse ces dernières années à raison d'un milliard d'euros par an, et ce en dépit des actions volontaristes des pouvoirs publics et de l'assurance maladie, mises en place depuis plus de dix ans. Au-delà de stratégies de dépistage ou de prévention spécifiques qui gagneraient à être améliorées, elle estime que cette pathologie chronique, comme toutes les autres, questionne le système de soin de premier recours sur son organisation et son efficacité à accompagner des patients au long cours, notamment par l'éducation thérapeutique (ET), mais aussi le rôle de l'hôpital et son articulation avec

la ville. Cette réflexion est complétée par une analyse de l'accessibilité de certains actes en ville ainsi que de la qualité et sécurité des antidiabétiques oraux. Une synthèse des recommandations figure en fin du rapport.

Morel, I., Yeni, I., Diederichs, O., et al. (2014). Évaluation du pilotage territorial de la politique de prévention et de lutte contre les drogues et la toxicomanie : rapport définitif. Rapport IGAS ; 2013 104R. Paris IGAS: 2vol. (64 64).

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE mpB9R0x8. Diffusion soumise à autorisation]. Trois corps d'inspection (IGAS, IGA, IGSJ) ont été désignés par le Premier ministre pour réaliser "l'évaluation partenariale de la déclinaison territoriale de la politique publique de lutte contre les drogues et la toxicomanie" dans le cadre d'une mission de modernisation de l'action publique (MAP) demandée par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA, ex-MILDT). L'objectif de la mission était d'évaluer comment la politique publique est prise en compte et mise en oeuvre au niveau territorial.

Morgny, C., Chalmeton, P., Khat, I., et al. (2022). Parcours de jeunes suicidaires et suicidants : impact des actions et dispositifs de prévention du suicide. Paris Fnors: 4.

<https://www.fnors.org/wp-content/uploads/2022/09/Parcours-de-jeunes-suicidaires-et-suicidants.pdf>,
<https://www.fnors.org/parcours-de-jeunes-suicidaires-et-suicidants-impact-des-actions-et-dispositifs-deprevention-du-suicide/>

La Fnors et les ORS Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-FrancheComté, Centre-Val de Loire ont réalisé une étude qualitative, en partant d'expériences concrètes et du vécu de 28 jeunes de 15 à 25 ans ayant exprimé des idées suicidaires, des projets de suicide ou ayant effectué des tentatives de suicide. À partir d'entretiens semi-directifs réalisés auprès des jeunes, cette étude a examiné les ressources d'aide et actions de prévention dont les jeunes ont bénéficié, et comment celles-ci ont répondu (ou non) à leurs besoins. Les jeunes ont été rencontrés à partir de structures de soins, de prévention, du secteur social et, dans une moindre mesure, des groupes d'entraide sur internet et des relations interpersonnelles. L'étude a été réalisée en 2019-2020, pour et sur financement de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), pour l'Observatoire national du suicide (ONS).

Morlat, P. éd. (2015). Rapport 2013 sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le Sida. Paris La Documentation française: 478 , tab., graph., fig.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf

Considéré comme une référence par les professionnels de l'infection à VIH, ce rapport a été élaboré par des professionnels de santé experts dans le champ du VIH et des représentants associatifs des personnes vivant avec le VIH. Il est un exemple de contribution collective à la promotion de la santé, de la qualité des soins et de la démocratie sanitaire. Les récentes évolutions en matière de prévention, dépistage, traitement et prise en charge justifient l'actualisation des précédentes recommandations datant de 2010. Cet important ouvrage présente un état des lieux épidémiologique en France ; d'un point de vue pratique, il apporte : des recommandations précises relatives aux indications et modalités de prescriptions des antirétroviraux ; des orientations claires de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) pour l'ensemble des problèmes de santé auxquels ils peuvent être confrontés dans le nouveau cadre que constitue la chronicité de l'infection chez la majorité des PVVIH traitées ; des recommandations pour l'organisation des soins et l'amélioration des conditions de vie de ces personnes souvent touchées par la précarité ; une synthèse sur les stratégies de dépistage et de prévention.

Mutatayi, K. (2019). La prévention des addictions en France : un état des lieux. Note ; 2018-05. Saint-Denis OFDT: 14.

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcmvc.pdf>

Qu'il s'agisse des substances licites – alcool, tabac et médicaments psychotropes – ou illicites (stupéfiants) mais également des addictions sans produit (liées aux jeux d'argent et de hasard et aux jeux vidéo), les pouvoirs publics ont au cours des dernières années porté une attention particulière au renforcement d'une politique intégrée en matière de prévention des dépendances. Afin présenter un état des lieux sur l'ensemble de ce champ et les grandes évolutions observées, une note de l'OFDT revient sur plusieurs points clés. Elle étudie les différentes formes d'actions menées, l'organisation territoriale de la prévention – sa coordination et le financement des actions locales – les cadres de sa mise en œuvre et revient sur diverses expérimentations et campagnes média. Ce travail est l'occasion de souligner la volonté d'une meilleure prise en compte des actions scientifiquement validées par l'ensemble des acteurs impliqués. En outre, cette synthèse permet d'évoquer l'ensemble des conduites et consommations visées : non seulement quand elles sont le fait des jeunes générations, une cible prioritaire, mais aussi quand elles interviennent dans des milieux plus récemment investis comme l'univers professionnel.

Nekaa, M. (2017). Les infirmières de l'éducation nationale en France : éducation et promotion de la santé en milieu scolaire, pratiques et représentations. Lyon Université de Lyon 1, Université de Lyon 1. Villeurbanne. FRA. **Thèse de doctorat ; Education, Psychologie, Information et Communication (EPIC)**. 361. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01768261>

L'école constitue l'un des principaux lieux de prévention et d'éducation à la santé. Le service de la promotion de la santé en faveur des élèves à la mission d'apporter son soutien à la communauté éducative. L'éducation à la santé et la prévention en milieu scolaire induisent une démarche transdisciplinaire fondée sur un ensemble de valeurs et une approche globale de la personne dans un projet éducatif à l'échelle de la classe et de l'établissement. Au sein de la communauté éducative, les infirmières de l'éducation nationale sont un corps particulier à qui est confiée la mission d'éducation et de promotion de la santé qui nécessite une évolution de leur rôle, de leur posture et de leurs pratiques professionnelles. La littérature souligne le lien entre les connaissances, les systèmes de représentations sociales et de pratiques de références qui s'articulent autour de conceptions individuelles. A partir d'une méthodologie mixte, l'étude porte sur l'analyse des résultats d'une approche qualitative par entretiens auprès d'un échantillon de la population suivie par une enquête nationale par questionnaire. Les infirmières disposent de connaissances largement partagées sur l'éducation à la santé et la promotion de la santé en milieu scolaire mais qui ne se traduisent dans des systèmes de conceptions individuelles et dans les pratiques déclarées très hétérogènes. En effet, les résultats mettent en évidence une diversité des conceptions en éducation à la santé (ES) se structurant entre un pôle orienté vers une déclinaison biomédicale de l'exercice professionnel et un pôle davantage centré sur des pratiques éducatives. Ces conceptions sont fortement influencées par l'exercice professionnel au sein de l'éducation nationale. Le rôle des infirmières scolaires dans l'éducation pour la santé évolue en fonction de la durée de l'exercice professionnel, allant de conceptions sanitaires devant être enseignées à une approche globale de l'éducation à la santé en passant par le conseil et le soutien aux écoles, ainsi que la mise en place de ressources pour les enseignants. Cette recherche avance des pistes de réflexion en ingénierie de la formation initiale ou continue avec comme objectif de favoriser la construction de nouvelles compétences permettant aux infirmières de l'éducation nationale de mieux promouvoir la santé à l'école et ainsi d'être plus à même de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé et de favoriser la réussite de tous les élèves. La question de la formation recouvre résolument celle d'une didactique de l'ES en milieu scolaire dans une perspective curriculaire

Nguyen-Thanh, V., Clement, J., Thelot, B., et al. (2015). "Les interventions efficaces en prévention des accidents de la vie courante chez les enfants : une synthèse de littérature." *Sante Publique* **27**(4): 481-489. <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-4.htm>

[BDSP. Notice produite par EHESP lJR0xno9. Diffusion soumise à autorisation]. La prévention des accidents de la vie courante dont sont victimes les enfants représente un enjeu de santé publique important. Dans cet article, nous proposons de faire le point sur les connaissances scientifiques concernant les interventions efficaces pour prévenir ce problème. Cette synthèse a été réalisée selon

une méthode spécifique de sélection, d'analyse de la littérature scientifique et de classification des interventions retenues reposant sur la technique de synthèses de synthèses (rapid reviews). Ce travail a permis d'identifier un certain nombre d'interventions prometteuses et efficaces pour chacun des principaux types d'accidents de la vie courante touchant particulièrement les enfants. (introd.).

Panot, S., Mispelblom Beyer, F. et Girardot, L. (2019). "Quand l'éducation thérapeutique interroge le "coeur de métier" des médecins généralistes." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques 15(7): 318-323.

L'éducation thérapeutique des patients (ETP), souvent dispensée sous forme de programmes dans le cadre de réseaux de santé, met en lien le Médecin généraliste (MG) avec de nombreux autres professionnels de santé. Elle suggère des modifications dans la façon d'exercer au quotidien, d'adopter une posture éducative plutôt que prescriptive, d'interagir différemment et plus étroitement avec les autres professionnels de santé, de se familiariser avec de nouveaux outils de communication entre professionnels. Cet article s'intéresse aux interrogations et doutes des MG lors de cette mise en pratique de l'ETP au sein d'un dispositif dédié à la prise en charge de patients diabétiques ou, plus généralement, présentant des facteurs de risques cardiovasculaires. Globalement l'ETP questionne les pratiques, interpelle les MG dans l'idée qu'ils se font de leur métier, de ce qui leur est légitime de faire ou non, amène des changements effectifs de postures, et modifie en « mieux » les rapports avec les autres professionnels de santé.

Penneau, A. et Pichetti, S. (2021). "Les femmes en situation de handicap vivant en institution ont-elles un meilleur accès au dépistage des cancers féminins ?" Questions D'economie De La Sante (Irdes)(256): 8. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/256-les-femmes-en-situation-de-handicap-vivant-en-institution-ont-elles-un-meilleur-acces-au-depistage-des-cancers-feminins.pdf>

De nombreuses barrières physiques et psychiques réduisent l'accès à la prévention des cancers féminins pour les femmes en situation de handicap. Pourtant, les institutions qui accueillent certaines de ces femmes sont susceptibles de développer une politique de prévention qui réduit ces difficultés d'accès. Nous questionnons l'effet facilitateur des établissements sociaux et médico-sociaux pour accéder aux dépistages des cancers féminins pour les femmes âgées de 25 à 75 ans déclarant des restrictions d'activité dans la vie quotidienne. Afin de mesurer les différences de recours aux dépistages des cancers féminins des femmes vivant en institution, leur accès à la prévention est comparé à celui des femmes déclarant des restrictions d'activité dans la vie quotidienne et résidant à domicile. Ces recours sont également distingués en fonction des types d'établissements sociaux et médico-sociaux dans lesquels elles sont accueillies. Les femmes vivant en institution ont des profils et des caractéristiques (type de handicap, niveau de dépendance, liens sociaux...) qui diffèrent de ceux des femmes résidant à domicile. Ces caractéristiques peuvent aussi influencer sur la probabilité de réaliser des actes de prévention des cancers féminins. Après prise en compte de ces différences de caractéristiques individuelles, les femmes handicapées résidant en institutions ont une probabilité significativement plus élevée de déclarer avoir été dépistées que les femmes handicapées résidant à domicile. Nos résultats confirment donc un effet facilitateur des institutions pour accéder aux dépistages des cancers féminins des femmes en situation de handicap.

Penneau, A., Pichetti, S. et Sermet, C. (2015). "Les personnes en situation de handicap vivant à domicile ont un moindre accès aux soins de prévention que celles sans handicap. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages (2008)." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(208): 1-8. <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/208-les-personnes-en-situation-de-handicap-vivant-a-domicile-ont-unmoindre-acces-aux-soins-de-prevention-que-celles-sans-handicap.pdf>

Avec une espérance de vie qui a progressé, les personnes en situation de handicap sont confrontées aux mêmes pathologies du vieillissement que le reste de la population. L'accès à la prévention et au dépistage doit ainsi permettre d'éviter une dégradation prématurée de leur état de santé. Or la littérature montre qu'elles rencontrent de nombreux obstacles pour accéder à la prévention et aux soins courants : une expression des besoins parfois difficile, une situation socio-économique plus

défavorisée ayant pour conséquence un moindre recours aux soins, une accessibilité physique aux cabinets médicaux ou aux matériels de consultation inadaptée, une méconnaissance du handicap par le personnel soignant... Cette étude sur le recours aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap résidant à domicile explore avec les données de l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM), réalisée par la Drees et l'Insee en 2008, quatre actes de dépistage ou de prévention : les dépistages des cancers du col de l'utérus, du sein, du côlon et la vaccination contre l'hépatite B. L'objectif est d'évaluer les écarts de recours à ces actes selon la situation de ces personnes face au handicap. Deux indicateurs de handicap ont été retenus pour l'analyse, les limitations fonctionnelles (limitations motrices, cognitives, visuelles ou auditives) et la reconnaissance administrative du handicap.

Peretti-Watel, P. (2014). "De quelques difficultés de la prévention dans l'enfance et l'adolescence." *Actualite Et Dossier En Sante Publique*(86): 54-55.

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=143>

[BDSP. Notice produite par EHESP 9CpqrR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Pour être efficace la prévention doit être crédible et reposer sur la confiance donnée à ceux qui la reçoivent. Propositions pour plus de réalisme et moins de dogmatisme. (Introduction).

Peretti-Watel, P., Arwidson, P., Jourdan, D., et al. (2013). "Principes et mise en oeuvre de la prévention." *Actualite Et Dossier En Sante Publique*(83): 29-45.

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=133>

[BDSP. Notice produite par EHESP pnrCAR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Améliorer la prévention nécessite de bien connaître les cibles auxquelles elle s'adresse. Il faut aussi développer les interventions dont l'efficacité est prouvée. Au niveau régional, un schéma de prévention inclut promotion de la santé, prévention, soin et médico-social.

Perraudin, C., Thevenot, N. et Dessin, S. (2022). Conditions de travail et préventions des risques professionnels dans le travail en sous-traitance : une étude quantitative. *Rapport d'études ; 033*. Paris Dares: 193.

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/conditions-de-travail-et-preventions-des-risques-professionnels-dans-le-travail-en-sous-traitance>

Cette étude se demande dans quelle mesure les conditions de travail et les risques professionnels auxquels sont confrontés les salariés dépendent de l'organisation du travail en sous-traitance et des liens de dépendance économique dans lesquels sont inscrits leur établissement. L'objectif de cette recherche du Centre d'Économie de la Sorbonne (CES) est de fournir une analyse quantitative, basée sur l'enquête CTRPS 2016, pour l'ensemble des salariés du privé du secteur marchand et associatif, de leurs conditions de travail et de la prévention des risques professionnels selon la situation de dépendance économique de leur établissement afin de combler le manque d'étude agrégée sur les effets de la sous-traitance.

Pialoux, G. (2013). ""La prévention sanitaire". Cour des comptes, octobre 2011." *Pratiques soignantes et alcool-dépendance*.(73): 9.

La prévention sanitaire, vue par la Cour des comptes (exemple de l'alcool), constitue un document aussi opulent qu'intéressant livré en octobre 2011. La Cour des comptes y dresse l'état de la prévention et des financements de la prévention vis-à-vis des maladies et infections en France, sur 138 pages. Pas facile de s'y retrouver, à commencer par le coût total de la prévention, puisque, comme l'expliquent les rapporteurs, l'effort financier consacré à la prévention sanitaire en France pour l'alcool varie selon les méthodes de calcul dans un rapport de 1 à 10 ! [Extrait].

Pietraszewski, L. p. (2021). Bilan du plan santé au travail 3 2016-2020. Paris Ministère chargé du travail: 276.

<https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/plans-gouvernementaux-sante-au-travail/article/plans-sante-au-travail-pst>

Élaboré en concertation avec les acteurs concernés – organisations syndicales et patronales, sécurité sociale, préventeurs professionnels et administrations de l'Etat, le Plan santé au travail ST3 fixait 10 objectifs opérationnels organisés autour de 3 axes : donner la priorité à la prévention primaire et développer la culture de prévention ; améliorer la qualité de vie au travail, levier de santé, de maintien en emploi des travailleurs et de performance économique et sociale des entreprises ; renforcer le dialogue social et les ressources de la politique de prévention en structurant un système d'acteurs, notamment en direction des TPE-PME. Le bilan du PST 3 s'attache à souligner les avancées obtenues et les progrès à accomplir pour chacun des objectifs. Il va nourrir la réflexion pour l'élaboration en cours du PST 4 qui couvrira la période 2021-2025.

Pin, S., Spini, D., Bodard, J., et al. (2015). "Facteurs facilitant et entravant la participation des personnes âgées à des programmes de prévention des chutes : une revue de la littérature." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **63**(2): 105-118.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762015001285>

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xmCm89. Diffusion soumise à autorisation]. Position du problème : La chute représente la première cause de décès par accident après 65ans. Les programmes de prévention des chutes sont efficaces, mais ils concernent peu de personnes âgées. Cet article recense la littérature sur les facteurs facilitant et les facteurs entravant la participation à des programmes de prévention des chutes. Méthodes : Une revue de la littérature a été réalisée pour identifier les documents de langue anglaise, allemande et française publiés entre 1990 et mai 2012. La recherche a été menée sur les bases Medline, PsychInfo, Psychological and behavioral sciences et Francis, sur les bibliographies des articles identifiés et sur des revues de santé publique, de gérontologie et de sciences sociales. Sur 462 documents repérés, 19 ont été retenus et analysés. Résultats : Sur les 19 articles retenus, 12 portaient sur des études qualitatives et 7 étaient des revues de littérature. Parmi les barrières à la participation à des programmes de prévention des chutes, les documents mettent en avant la perception de la chute comme événement inévitable, le moment inadapté de l'intervention de prévention des chutes et des freins matériels. Au contraire, une présentation des programmes de prévention par un professionnel ou un proche, la mise en avant des bénéfices sociaux des interventions et l'adéquation des programmes avec les besoins des bénéficiaires constituent des facteurs facilitant la participation et l'adhésion des personnes âgées. Conclusion : Cette revue de littérature identifie trois enjeux majeurs à considérer pour implanter durablement et de façon acceptable des programmes de prévention des chutes : l'accessibilité ; le choix du référent ; et les représentations sociales de la chute. (Résumé auteur).

Planchard, J.-H., Bailly, L., Tifratene, K., et al. (2018). "Promotion de la santé par l'activité physique sur les lieux de travail : expérimentation participative dans une entreprise privée." Sante Publique **30**(2): 169-176, fig., tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP 7DAR0x9E. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de ce travail était d'identifier les processus collaboratifs opérant autour d'un projet de promotion de l'activité physique en entreprise, mené par approche participative dans le cadre d'un partenariat intersectoriel, et d'en estimer les premiers effets sur les salariés en termes de santé. (Article).

Pomarede, R., Alter, L., Buguet, B., et al. (2013). "Prévention et santé publique. Dossier." Actualite Et Dossier En Sante Publique(83): 17-65.

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=133>

[BDSP. Notice produite par EHESP 9opFoR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La prévention est aujourd'hui porteuse de beaucoup d'espoirs. En termes d'amélioration de la durée comme de la qualité de la vie ; mais aussi en termes de réduction des moyens alloués au soin. Pourtant, si les programmes et actions de prévention sont nombreux, en en connaît mal l'efficacité. ce dossier présente les recommandations émises par les institutions d'évaluation et de consultation. Il aborde les principes et les moyens de politiques de prévention efficaces tout comme leurs limites.

Prevost, J., Cantier, P., Daphnet, F., et al. (2021). "Les activités de groupe en éducation thérapeutique dans le dispositif Asalée." *Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques* **17**(8): 378-384.

Le dispositif Asalée est un protocole de coopération entre médecins généralistes et infirmier(e)s, visant à améliorer la qualité des soins. Il est centré sur l'éducation thérapeutique du patient, réalisée en individuel et en groupe. Cette étude qualitative vise à recueillir et analyser le ressenti de patients diabétiques de type 2 participant à des activités d'éducation thérapeutique de groupe dans le cadre du dispositif Asalée. Les patients décrivent des modifications dans leur mode de vie, notamment sur leurs habitudes alimentaires et leur pratique d'activité physique, mais aussi d'autres bénéfiques comme l'amélioration de leurs douleurs et la perte de poids. Ils apprécient le lien social, le soutien moral et la dynamique qu'apportent ces groupes. On observe une organisation et une autonomisation des patients au sein de certains groupes.

Ramone-Louis, J. et Buthion, V. (2016). "Réduire les disparités de participation au dépistage du cancer colorectal par une organisation à la frontière du dispositif de prévention : quand analyse de terrain et théorie se rejoignent." *Journal De Gestion Et D'economie Medicales* **34**(4): 215-238, tabl., graph.

[BDSP. Notice produite par ORSRA JR0xB87I. Diffusion soumise à autorisation]. Les inégalités sociales de santé sont un thème récurrent dans la littérature en santé de ces dernières années. Le cancer colorectal touche environ 40 000 personnes par an, 17 526 en sont décédées en 2011. Son dépistage contribue significativement à la baisse de la mortalité, en favorisant une prise en charge précoce. Depuis 2001, les autorités sanitaires françaises ont organisé une incitation systématique de la population des personnes âgées de 50 à 74 ans, dépistage auquel les populations de catégories socio-économiques les moins favorisées sont moins susceptibles de bénéficier. De 2012 à 2014, nous avons participé à l'étude interventionnelle française COLONAV, reproduisant une expérience née aux États Unis appelée "navigation program". Le dispositif de navigation est une fonction intermédiaire permettant d'accéder à une population que le système de santé lui-même n'arrive pas à atteindre. Le design de ces programmes est décrit de façon sommaire et peu explicité dans ses fondements. Il n'est jamais étudié sur le plan théorique. L'étude approfondie du recrutement des navigateurs exposé dans la littérature américaine et l'expérience COLONAV permet de révéler les éléments qui contingentent le design de ce dispositif, ainsi que les fondements qui en assurent l'efficacité. Dans ce papier, nous étudions cette organisation par le prisme du profil de recrutement de celui qui porte le dispositif de navigation. Ce travail interroge sur la place dans le design du dispositif de cet intervenant supplémentaire. Est-il destiné à servir d'intermédiaire entre un système dont les dysfonctionnements sont nombreux et des personnes peu aptes à les surmonter ? Interroge-t-il sur la capacité de ce système à esquisser un modeste, mais nouveau design du dispositif de dépistage du cancer ? Ayant travaillé selon la perspective de la théorie ancrée (Grounded Theory), nous avons travaillé par abduction à partir des résultats de nos analyses pour identifier des pistes théoriques. Nous montrons comment le dispositif de navigation s'apparente à l'approche des organisations frontières développées à partir des travaux de Peton. Cette analyse théorique permet d'esquisser des pistes de réflexion quant à la manière d'organiser un dépistage accessible aux populations les plus éloignées actuellement des préoccupations qui l'ont fondé. Le dispositif de navigation, et donc par extension les navigateurs, sont une organisation frontière permettant de faire le lien et la traduction des attentes entre les différents organismes qui le composent et la population cible. Ils servent souvent d'intermédiaires entre un système dont les dysfonctionnements sont nombreux et des personnes peu aptes à les surmonter, mais dans le cadre du dépistage, leur fonction la plus intéressante est en amont de la levée des barrières logistiques, dans leur capacité à faire le lien de sens entre des objectifs divergents.

Rist, S. et Barthet-Derrien, M. S. (2019). Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans. Paris Ministère chargé de la santé: 66.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/famille-enfance/article/rapport-relatif-au-parcours-de-coordination-renforcee-sante-accueil-education>

Ce rapport avance onze propositions, regroupées autour de cinq thèmes, qui dessinent les grandes lignes d'un cahier des charges pour le parcours en santé des enfants de zéro à six ans. Le premier axe de ce cahier des charges concerne la mise en place d'une gouvernance territoriale adaptée, le deuxième axe concerne le développement de l'exercice coordonné, qui doit devenir la référence en matière de santé préventive. Le troisième axe de nos travaux concerne le développement des coopérations pluriprofessionnelles de santé. Le quatrième axe de nos travaux porte sur l'information mise à la disposition des familles concernant les examens et bilans de santé préventifs. Enfin, nous insistons sur l'importance des outils de liaison partagés entre professionnels, comme support d'une coordination renforcée.

Santé Publique France (2021). Dépistage du cancer du sein : quelle participation des femmes en 2020 ?, Saint-Maurice : Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/depistage-du-cancer-du-sein-quelle-participation-des-femmes-en-2020>

Cette page du site de Santé publique France publie les nouvelles données de participation des femmes au programme de dépistage organisé du cancer du sein. Ce programme invite tous les 2 ans les femmes âgées de 50 à 74 ans à effectuer une mammographie de dépistage, complétée par un examen clinique des seins.

Schlegel, V., Denise, T., Divay, S., et al. (2022). Devenir éducateur, rester soignant ? Permanences et reconfigurations des frontières professionnelles au sein des programmes d'éducation thérapeutique et au-delà. Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques., Paris : Irdes: 289-301.

<https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/sociologie/008-pratiques-de-cooperation-en-sante-regards-sociologiques.pdf>

Depuis dix ans, de nombreux programmes d'Éducation thérapeutique du patient (ETP) se sont développés dans le cadre de la prise en charge des pathologies chroniques telles que l'asthme ou le diabète. Ce dispositif rassemble des soignants appartenant à des groupes professionnels distincts autour d'un objectif commun : celui de produire un « patient autonome » qui serait pleinement intégré à la division du travail médical. Pourtant, devenir « éducateur » lorsque l'on a été formé en tant que « soignant » ne va pas de soi. Face à un tel constat, la reconnaissance législative du dispositif s'est accompagnée d'une obligation de formation pour les professionnels de santé souhaitant s'investir dans un programme éducatif. Ce chapitre entend montrer que si la socialisation des professionnels à une démarche éducative rend possible le travail pluridisciplinaire en leur inculquant un ensemble de savoirs et savoir-faire, intérêts et idéaux communs, la mise en œuvre de l'éducation du patient reste largement structurée par les hiérarchies sociales et professionnelles inhérentes au travail en milieu médical classique. De plus, la formation d'une culture partagée par les soignants investis dans les programmes les éloigne d'autant plus des autres professionnels intervenant dans la prise en charge, mais qui ne participent pas formellement à l'éducation des patients.

Sebbane, D., De Rosario, B. et Roelandt, J.-L. (2017). "La promotion de la santé mentale : un enjeu individuel, collectif et citoyen." Sante En Action (La)(439): 10-13.

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE opFR0x8A. Diffusion soumise à autorisation]. La promotion de la santé mentale est "un processus visant à renforcer la capacité des personnes et des collectivités à prendre leur vie en main et à améliorer leur santé mentale ; elle met en œuvre des stratégies qui favorisent les environnements de soutien et la résilience individuelle". Elle vise toutes les personnes et les collectivités, notamment les groupes à risques, ainsi que les personnes atteintes d'un trouble psychique. L'entraide mutuelle entre pairs (groupes de parole, activités) figure parmi les initiatives les plus porteuses. L'habitat, l'école, le travail et la collectivité sont les milieux-clés d'action. Les inégalités associées au genre, à la pauvreté, à une incapacité, au chômage ou encore à l'exclusion sociale ont un impact considérable sur la santé mentale. La promotion de la santé mentale, acte politique, vise essentiellement les déterminants sociaux, qui dépendent majoritairement de l'action publique.

Simon, D., Traynard, P. Y., Bourdillon, F., et al. (2013). Education thérapeutique : prévention et maladies chroniques, Paris : Elsevier Masson

Depuis plusieurs années, le nombre de patients atteints de maladies chroniques ne cesse d'augmenter. Vivre avec ces maladies requiert une connaissance approfondie de ces dernières et de leurs traitements et demande également aux patients de développer leurs capacités d'auto-surveillance et d'adaptation. L'éducation thérapeutique permet au patient l'apprentissage de ce nouveau quotidien. Cet ouvrage offre à l'ensemble des professionnels de santé un guide pratique pour répondre aux questions de son patient et pour l'accompagner tout au long de sa maladie. Cette nouvelle édition conserve tous les éléments qui ont fait son succès tout en complétant son contenu par les plus récentes approches pluridisciplinaires dans ce domaine : l'art-thérapie, le théâtre du vécu, le parcours éducatif, etc. Les spécialités des pathologies chroniques les plus courantes (cardiologie, pneumologie, rhumatologie, ...) sont l'objet d'un chapitre spécifique, chacun écrit par une équipe de spécialistes et de formateurs non-cliniciens engagés activement dans une démarche éducative. Cet ouvrage pratique aidera le soignant à se positionner face au dispositif de l'éducation thérapeutique, se révélant indispensable pour tous les professionnels concernés par la formation du patient à la prise en charge de son traitement (4e de couverture).

Ulrich, V., Carriere, M., Desprat, D., et al. (2020). Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information, Observatoire national du suicide - 4e rapport juin 2020. Paris Drees: 272.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons_2020.pdf

L'actualité fait régulièrement état de suicides de personnes sur leur lieu de travail ou de témoignages de personnes qui se sont suicidées en incriminant leurs conditions de travail. La perte d'un emploi et la situation de chômage peuvent également fragiliser les personnes et entraîner un risque suicidaire. Que signifient ces suicides liés à la situation professionnelle ? Comment les prévenir ? Dénombrer les suicides liés au travail ou au chômage est un exercice délicat. La part qu'ont représenté les facteurs professionnels dans la décision de la personne de mettre fin à ses jours est difficile à évaluer. Pourtant, ce geste ne peut pas être réduit à une fragilité individuelle et les conditions de travail ou le vécu du chômage sont souvent en cause. Face à cette réalité, des mesures concrètes de prévention du suicide sont mises en œuvre dans de nombreuses professions, celles s'adressant aux chômeurs restent, en revanche, à construire. Pour ce quatrième rapport, l'Observatoire national du suicide apporte des éclairages académiques, statistiques et juridiques sur les suicides liés au travail et au chômage. Il offre également un état des lieux des évolutions des systèmes d'information pour améliorer la mesure globale des suicides et éclairer les liens avec la situation professionnelle et la santé mentale.

Vallet, B. et Guilbert, P. (2016). "Prendre en compte la santé dans toutes les politiques publiques." Sante En Action (La)(435): 51-52.

[BDSP. Notice produite par INPES m9pR0xop. Diffusion soumise à autorisation]. Créé en 2014, le Comité interministériel pour la santé favorise notamment la prise en compte de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé dans l'ensemble des politiques publiques. Il assure aussi un rôle en matière de réduction des inégalités de santé. La promotion de la santé est par ailleurs une dimension importante de la loi de modernisation de notre système de santé.

Zulesi, J. M. (2022). Marcher, bouger, pédaler ! 21 propositions pour maintenir et vivre en bonne santé. Paris Premier ministre: 46.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/missionmobilitésactives_rapportvdef.pdf

Ce rapport, vise à développer les mobilités actives pour lutter contre la sédentarité et retarder la dépendance des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap.

Les mobilités actives participent également à limiter le risque de chutes invalidantes chez les personnes âgées.

La prévention à l'international : des systèmes très différents

Profils et principaux indicateurs des systèmes de santé

[HIT, Health in transition](#)

[Health countries profiles](#)

<https://www.oecd.org/health/country-health-profiles-eu.htm>

[OCDE \(2020\). Health at a glance Europe 2020](#)

[OCDE \(2021\). Health at a glance Europe 2021](#)

[OCDE \(2022\). Health at a glance Europe 2022](#)

ÉTUDES GLOBALES

Bennett, J. (2003). Investment in population health in five OECD countries. [OECD Health Working Papers ; 2](#). Paris OCDE: 124 , tabl., fig.

<http://www.oecd.org/dataoecd/30/39/2510907.pdf>

Un intérêt croissant se manifeste pour les possibilités d'interventions préventives visant à améliorer l'état de santé moyen dans les pays de l'OCDE et à remédier aux inégalités de santé persistantes. Cet intérêt est porté à un large éventail d'interventions couvrant non seulement les services de santé mais aussi les mesures destinées à agir sur les comportements et les modes de vie et les actions visant à accroître la contribution des environnements social, économique et physique en matière de santé. L'éventail de ces interventions peut être désigné sous le terme "investissement dans la santé des populations". Ce document présente les informations recueillies sur les tendances en matière de santé et d'inégalités de santé dans les pays de l'OCDE et examine la question générale des investissements dans la santé des populations ainsi que les preuves de l'efficacité de certaines interventions. Il est centré sur les stratégies d'investissement dans la santé des populations et les établissements de cinq pays membres : l'Australie, le Canada, la Corée, la Suède et la Suisse. Notamment, il étudie les méthodes de financement des investissements dans la santé des populations et les niveaux de financement des actions préventives. Il présente l'éventail des mesures adoptées dans ces cinq pays pour lutter contre deux problèmes de santé particuliers : les préjudices liés à l'alcool et les chutes chez les personnes âgées. Plusieurs conclusions sont tirées. Il existe de nombreuses activités d'investissement dans la santé des populations, dont la rentabilité a été démontrée, comprenant des mesures dans des domaines tels que l'éducation pour la santé, la participation de la collectivité, la réglementation publique et la fiscalité. Toutefois, il y existe aussi des obstacles aux investissements dans la santé des populations, notamment le fait que ces investissements sont difficiles à évaluer et qu'en général la preuve de leur rentabilité fait défaut. De surcroît, il est souvent difficile de coordonner l'action des différents organismes publics quand les facteurs de risque sont multiples. Enfin, les investissements dans la santé des populations peuvent être désavantagés par les méthodes de financement adoptées pour les activités de santé publique - comme la budgétisation au coût historique - par rapport aux méthodes plus ouvertes employées pour les programmes à caractère curatif dans certains pays de l'OCDE. Enfin, il est proposé d'inclure certaines questions à approfondir en matière de santé des populations dans le futur programme de travail de l'OCDE sur la santé.

Bernstein, D. (2015). "Les programmes de promotion de la santé en Allemagne et aux États-Unis." Espace Social Europeen(1064): 16-17.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0x8Em98. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis les années 2000, de plus en plus de programmes de prévention et de promotion de la santé voient le jour en Allemagne et aux États-Unis, avec pour objectif d'inciter les individus à adopter des comportements réduisant les facteurs de risque d'émergence de pathologies coûteuses. Les programmes sont portés par les caisses d'assurance maladie (Allemagne) ou bien les employeurs (États-Unis). Si ces programmes permettent de générer des résultats positifs, ils tendent cependant à accentuer les inégalités sociales de santé.

Bourgueil, Y., Jusot, F. et Leleu, H. (2012). "Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(179): 1-8.

<http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes179.pdf>

Après avoir rappelé la définition des soins primaires et expliqué leur rôle en tant que principes organisateurs des systèmes de soins pour réduire les inégalités sociales de santé, nous présentons une revue de littérature ciblée sur les interventions efficaces dans ce domaine. Cette revue de littérature a été réalisée dans le cadre du projet européen AIR (Addressing Inequalities Interventions in Regions). Trois champs d'intervention en soins primaires ont été distingués : le premier concerne le développement de la prévention de la santé ; le second, l'amélioration de l'accès financier aux soins en direction de populations spécifiques ; et le troisième, les pratiques qui visent à améliorer la qualité des soins, pour l'ensemble de la population, dans le cadre d'un réaménagement de l'organisation du système de soins.

Brown, L. D. (2010). "The Political Face of Public He

[BDSP. Notice produite par EHESP GDIPR0x9. Diffusion soumise à autorisation]. Public health is politically paradoxical because its core conceptual components - the exercise of public authority and the promotion of population health - stand in practical tension that belies their theoretical promise. Across Western nations, public policymakers stand accused of failing properly to honor and support the crucial contributions that public health makes to the improvement of health outcomes and of overinvesting in acute medical care services, the need for which timely interventions in prevention and health promotion might have averted. The dramatic budgetary discrepancies in Western nations between the massive funds devoted to medical care and the minuscule sums allotted to public health are often taken as evidence that in such matters, political leaders are irrational (or perhaps uninformed, or captured by big-moneyed medical interests) and that good public policy would have epidemiologists and other public health experts running, or at least orchestrating, the show. This paper explores the sources of this tension between population health and political power within the concept of public health and seeks to show why these strains prove to be so durable, indeed irresolvable. The argument and evidence draw largely on the United States, but the supposition - anyway, the hope - is that the analysis will also throw light on the politics of public health in other nations.

Carrieri, V. et Wuebker, A. (2013). "Assessing inequalities in preventive care use in Europe." Health Policy **113**(3): 247-257.

This paper presents new international evidence on the extent of inequalities in breast cancer screening and blood test (cholesterol and blood sugar test) in 13 European Countries using data from the 2009 wave of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). One important contribution of the paper is the inclusion of preexisting health conditions in the needs standardization procedure with the aim of taking into account utilization due to diagnosis or follow-up reasons. We find evidence of pro-rich inequalities in blood test use in some countries while high inequalities emerge in virtually every country with respect to mammography use. Decomposition analysis reveals that inequalities in mammography use are mostly driven by income while preventive needs

distribution is only slightly pro-rich. On the other side, richer individuals appear to be much more likely to do blood tests despite their substantially lower diagnostic needs for that care. Generally, inequalities in mammography use are higher in countries without national breast cancer screening programs or in countries with only regional or less participated programs. Inequalities in blood tests are higher in countries with a high share of out-of-pocket payments and/or non universalistic entitlement to insurance coverage.

Communauté Européenne (2021). State of health in the European Union : Companion Report 2021. Luxembourg Publications Office of the European Union: 65 , tab., graph., fig.

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/state-of-health-in-the-eu-companion-report-2021>

The 2021 Country Health Profiles are published as part of the State of Health in the European Union collaboration between the European Observatory, the OECD and the European Commission. These concise and policy-relevant Profiles cover the 27 EU Member State as well as Iceland and Norway. The 2021 editions focus on the impact of the Covid-19 pandemic and how countries' health systems responded to various resilience challenges related to mitigation measures, response capacity and governance. The European Commission's 2021 Companion Report draws four key conclusions based on the findings of the Country Health Profiles prepared in the context of the State of Health in the EU.

Devaux, M., Couffinhal, A. et Mueller, M. (2019). Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems, Paris : OCDE

<https://www.oecd.org/publications/health-for-everyone-3c8385d0-en.htm>

Good health is a key component of people's well-being. It is a value in itself but – through its influence on social, education and labour market outcomes – being in good or bad health has also wider implications on people's chances of leading a fulfilling and productive life. Yet, even in the OECD countries, health inequality persists with severe consequences on the goal of promoting inclusive growth. This report documents a comprehensive range of inequalities in health and health systems to the detriment of disadvantaged population groups in a large set of OECD and EU countries. It assesses the gaps in health outcomes and risk factors between different socio-economic groups. When it comes to health systems, the report measures inequalities in health care utilisation, unmet needs and the affordability of health care services. For each of these different domains, the report identifies groups of countries that display higher, intermediate, and low levels of inequality. The report makes a strong case for addressing health-related inequalities as a key component of a policy strategy to promote inclusive growth and reduce social inequalities. It also provides a framework for more in-depth analyses on how to address these inequalities at country level.

Gavagan, T., Du, H., Saver, B., et al. (2010). "Effect of financial incentives on improvement in medical quality indicators for primary care." Journal of the American Board of Family Medicine : Jabfm **23**(5): 622-631.

<http://www.jabfm.org/content/23/5/622.full.pdf>

PURPOSE : The efficacy of rewarding physicians financially for preventive services is unproven. The objective of this study was to evaluate the effect of a physician pay-for-performance program similar to the Medicare Physician Quality Reporting Initiative program on quality of preventive care in a network of community health centers. METHODS : A retrospective review of administrative data was done to evaluate a natural quasi-experiment in a network of publicly funded primary care clinics. Physicians in 6 of 11 clinics were given a financial incentive twice the size of the current Centers for Medicare and Medicaid Services' incentive for achieving group targets in preventive care that included cervical cancer screening, mammography, and pediatric immunization. They also received productivity incentives. Six years of performance indicators were compared between incentivized and nonincentivized clinics. We also surveyed the incentivized clinicians about their perception of the incentive program. RESULTS : Although some performance indicators improved for all measures and all clinics, there were no clinically significant differences between clinics that had incentives and those that did not. A linear trend test approached conventional significance levels for Papanicolaou smears (P = .08) but was of very modest magnitude compared with observed nonlinear variations; there was

no suggestion of a linear trend for mammography or pediatric immunizations. The survey revealed that most physicians felt the incentives were not very effective in improving quality of care.

CONCLUSION : We found no evidence for a clinically significant effect of financial incentives on performance of preventive care in these community health centers. Based on our findings and others, we believe there is great need for more research with strong research designs to determine the effects, both positive and negative, of financial incentives on clinical quality indicators in primary care.

Harris, M. (2016). "The interface between primary health care and population health: challenges and opportunities for prevention." *Public Health Research and Practice* 26(1): e2611601.

<http://www.phrp.com.au/issues/january-2016-volume-26-issue-1/the-interface-between-primary-health-care-and-population-health-and-its-contribution-to-prevention-including-challenges-and-innovation/>

Primary health care has the potential to contribute to population health at the individual and population levels. The '5As' (ask, assess, advise/agree, assist and arrange) provide a framework to realise this potential, especially for disadvantaged and vulnerable populations, not only by better organising multidisciplinary preventive interventions within primary health care, but also by linking these interventions with more intensive community and population programs and services, especially for patients with low health literacy. This requires changes to information systems to prompt and record preventive care, work with practices to engage a range of disciplines, including practice nurses, and development of effective linkages with other services in the local community. This has important implications for the newly established Primary Health Networks in supporting improvement within primary care, and creating linkages and partnerships with a range of organisations involved in delivering preventive interventions in the community. However, prevention in primary health care needs to be underpinned by funding systems that support multidisciplinary and preventive care for a population, rather than simply reactive, episode-based care.

Health Consumer Powerhouse (2016). Euro Health consumer index 2015. Danderyd Health Consumer Powerhouse: 115 , tabl., fig.

http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf

European healthcare is steadily improving, in spite of alarm bells about financial crisis austerity measures, aging population and migration turmoil. Survival rates of heart disease, stroke and cancer are all increasing. Infant mortality, perhaps the most descriptive single indicator, keeps going down. This is a main conclusion from the 2015 Euro Health Consumer Index (EHCI), published today by the Health Consumer Powerhouse (HCP) Ltd. The EHCI, started in 2005, is the leading comparison for assessing the performance of national healthcare systems in 35 countries. The EHCI analyses national healthcare on 48 indicators, looking into areas such as Patient Rights and Information, Access to Care, Treatment Outcomes, Range and Reach of Services, Prevention and use of Pharmaceuticals.

Horner-Johnson, W., Dobbertin, K., Lee, J., et al. (2014). "Disparities in Health Care Access and Receipt of Preventive Services by Disability Type: Analysis of the Medical Expenditure Panel Survey." *Health Services Research*: 1-20.

To examine differences in access to health care and receipt of clinical preventive services by type of disability among working-age adults with disabilities. Secondary analysis of Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) data from 2002 to 2008. We conducted cross-sectional logistic regression analyses comparing people with different types of disabilities on health insurance status and type; presence of a usual source of health care; delayed or forgone care; and receipt of dental checkups and cancer screening. We pooled annualized MEPS data files across years. Our analytic sample consisted of adults (18-64 years) with physical, sensory, or cognitive disabilities and nonmissing data for all variables of interest. Individuals with hearing impairment had better health care access and receipt than people with other disability types. People with multiple types of limitations were especially likely to have health care access problems and unmet health care needs. There are differences in health care access and receipt of preventive care depending on what type of disability people have. More in-depth

research is needed to identify specific causes of these disparities and assess interventions to address health care barriers for particular disability groups.

Jacob, C. M., Cooper, C., Baird, J., et al. (2019). What quantitative and qualitative methods have been developed to measure the implementation of a life-course approach in public health policies at the national level?, Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/394275/9789289053938-eng.pdf

L'adoption d'une approche portant sur toute la durée de la vie pour la santé et le bien-être constitue désormais un élément fondamental du processus d'élaboration des politiques de santé. Par exemple, dans la Déclaration de Minsk de 2015, les États membres de la Région européenne de l'OMS se sont engagés à recourir davantage à une telle approche dans leurs politiques de santé. Cependant, la mise en œuvre d'une approche portant sur toute la durée de la vie ne fait l'objet d'aucune stratégie, ni d'aucun plan de suivi et d'évaluation. Cet examen met en évidence le manque de ressources écrites relatives à l'évaluation de la mise en œuvre de ce type d'approche. Le rapport contient des propositions issues de la recherche sur l'adoption d'une approche portant sur toute la durée de la vie dans les interventions de santé publique et l'élaboration de stratégies nationales susceptibles d'aider les responsables politiques à mettre au point un cadre d'évaluation. À titre d'exemple, les États membres ayant recours à une telle approche dans leurs politiques au niveau de la population pourraient utiliser les plates-formes d'enquêtes existantes ainsi que les données quantitatives collectées de manière systématique pour rendre compte des interventions actuellement menées à des étapes clés du parcours de vie. Idéalement, un cadre de suivi et d'évaluation devrait être élaboré à l'adresse des États membres afin de collecter des données aux différents stades de la vie dans le temps et de manière longitudinale.

Jourdain-Menninger, D. et Lignot-Leloup, M. (2003). Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire, Paris : IGAS, Paris : La documentation française: 87p.

Le rapport propose une comparaison de l'organisation de la prévention sanitaire dans trois pays : le Québec, la Finlande et le Royaume-Uni. Ses auteurs constatent que chacun des pays visités a choisi une méthode d'élaboration, de développement et de suivi des politiques de prévention assez similaire, avec une tendance croissante ... l'adoption du concept de promotion de la santé. Dans le cadre des objectifs nationaux, il apparaît également que la mise en œuvre des politiques de prévention sanitaire est essentiellement locale, décentralisée en Finlande, déconcentrée au Royaume-Uni et au Québec, ce qui facilite les actions de proximité, et une approche associant le sanitaire et le social. Enfin, l'Inspection générale des affaires sociales présente quelques enseignements sur les facteurs de réussite des politiques de prévention, notamment dans le domaine des maladies cardiovasculaires en Finlande, le dépistage du cancer en Angleterre et la santé, au travail en Finlande. L'Inspection générale revient également sur des résultats incertains dans certains secteurs (la prévention du tabagisme et de l'alcoolisme chez les jeunes, la politique de prévention du SIDA et des MST...)

Jusot, F., Or, Z. et Sirven, N. (2011). "Variations in preventive care utilisation in Europe." European Journal of Ageing: 1-11, 15 tabl.
<http://www.springerlink.com/content/111371/>

Prevention has been identified as an effective strategy to lead healthy, active and independent lives in old age. Developing effective prevention programs requires understanding the influence of both individual and health system level factors on utilisation of specific services. This study examines the variations in utilisation of preventive services by the population aged 50 and over in 14 European countries, pooling data from the two waves of Survey of Health Ageing and Retirement in Europe and the British Household Panel Survey. The models used allow for the impact of individual level demand-side characteristics and supply-side health systems features to be separately identified. The analysis shows significant variations in preventive care utilisation both within and across European countries. In all countries, controlling for individual health status and country-level systemic differences, higher

educated and higher income groups use more preventive services. At the health system level, high public health expenditures and high GP density is associated with a high level of preventive care use, but specialist density does not appear to have any effect. Moreover, payment schemes for GPs and specialists appear to significantly affect the incentives to provide preventive health care. In systems where doctors are paid by fee-for-service the utilisation of all health services, including cancer screening, are higher

Lambert, H., Aujoulat, I., Delescluse, T., et al. (2022). Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques, Louvain : UCL
<https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-reso/publications/syntheses/2022/Onze-fondamentaux-en-promotion-de-la-sante.pdf>

Bien que mobilisés par les acteurs au quotidien, plusieurs principes à la base des interventions de promotion de la santé n'ont fait l'objet que de peu de publications, accessibles, appropriables et élaborées à partir de la littérature scientifique et grise récente.

Lebel, P. et Dufour, R. (2021). L'expérience citoyenne au service de la prévention. Cadre de référence et outils de mise en œuvre pour une participation efficace de la population. Montréal CIUSSS: 89.
<https://www.educasante.org/wp-content/uploads/2021/02/L-experience-citoyenne-au-service-de-la-prevention.pdf>

Les règles de gouvernance exhortent les organisations à associer les citoyens au processus d'élaboration des politiques publiques. Au-delà de ces normes, plusieurs valeurs incitent les praticiens à intégrer les citoyens dans la prévention. Projetée dans l'espace public par l'urgence sanitaire en réponse à la pandémie de COVID-19, le réseau de santé publique bénéficie d'une rare opportunité pour mobiliser la population sur la prévention, l'action citoyenne étant plus vitale que jamais. C'est dans ce contexte et pour soutenir les dirigeants et les professionnels des équipes régionales et locales de santé publique, et des autres missions du réseau de la santé et des services sociaux, que la Direction régionale de santé publique de Montréal a rédigé un cadre de référence et produits des outils de mise en œuvre pour une participation efficace de la population aux projets de prévention, en collaboration avec une citoyenne partenaire Madame Michèle Stanton-Jean.

Leleu, H., Jusot, F. et Bourgueil, Y. (2010). Addressing Inequalities in Regions: Literature review - Final report. S.I. AIR Project - Addressing Health Inequalities Interventions in Regions: 52 , ann.

Socio-economic health inequalities are widening in Europe. Persons from low-socio economic groups die younger. They also have benefited less than high socio-economic groups of the mortality decline in the 80s and 90s. Several European projects, including Eurothine and Determine , have attempted to collect evidence on actions to reduce health inequalities. Similarly, the AIR project, Addressing Inequalities in Region, is aimed at providing evidence for policy makers on how to reduce socio-economic health inequalities. However, the AIR project focuses only on interventions in the primary care setting. The first part of the project is a systematic literature review of international and national academic literature on evaluated interventions in primary care to reduce socio-economic health inequalities. Articles selected in the review had to describe a primary care intervention defined as either an action on a primary care service (i.e. access to care and prevention for common disease, maternal care?) or on a health care organization associated with primary care (i.e. first contact, comprehensive, coordinated care?). It also had to report health outcome or process measures comparing socio-economic groups or for a particular socio-economic groups, defined by either ethnicity, income or education.. The following databases were search between January 2000 and January 2010: Medline, Cochrane, Health Policy Monitor, Nber.

Marcotte, L. M. et Dugdale, D. C. (2019). "Prevention as a Population Health Strategy." *Prim Care* **46**(4): 493-503.

Many health care systems are shifting to value-based care and beginning to integrate population-based strategies into care delivery. Preventive care is an important domain of this work. Properly applied, these services improve population health and reduce health care costs. Preventive care comprises a substantial proportion of quality metrics for which providers are held accountable. This article discusses prevention through a public health lens, highlighting opportunities in ambulatory care settings to collaborate with community-based organizations and community health workers, redefine primary care teams, and design population-based approaches to improve health.

Marshall, M., Leatherman, S. et Mattke, S. (2004). Selecting indicators for the quality of health promotion, prevention and primary care at the Health Systems Level in OECD countries. OECD Health Technical Papers ; n° 16. Paris OCDE: 49 , tab.

<http://www.oecd.org/dataoecd/27/52/33865865.pdf>

Ce rapport présente les recommandations consensuelles d'un groupe d'experts internationaux sur les indicateurs relatifs aux soins primaires et à la prévention. En suivant une méthodologie détaillée, le groupe d'experts a sélectionné 27 indicateurs devant couvrir les trois grands domaines suivants : la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic et le traitement dans les soins primaires. La rapport décrit la méthodologie employée et démontre, arguments à l'appui, la viabilité scientifique et l'importance stratégique des 27 indicateurs sélectionnés.

Newhouse, J. P. (2020). An Ounce of Prevention. NBER Working Paper Series ; 27553. Cambridge NBER: 19 , fig., tab., annexes.

<https://www.nber.org/papers/w27553>

I look at prevention through an economic lens and make three main points. First, those advocating preventive measures are often asked how much money a given measure saves. This question is misguided. Rather preventive measures can be thought of as insurance, with a certain cost in the present that may or may not pay off in the future. In fact, although most medical preventive measures improve expected health, they do not save money. Various lifestyle and early childhood interventions, however, may both save money and improve health. Second, preventive measures, including medical and lifestyle measures, are heterogeneous in their value, both across measures and, within measure, across individuals. As a result, generalizations in everyday discourse about the value of prevention can be overly broad. Third, health insurance coverage for medical preventive measures should generally be more extensive than coverage for the treatment of a medical condition, though full coverage of preventive services is not necessarily optimal.

OCDE (2004). Towards high-performing Health Systems : The OECD Health Project. Paris OCDE: 137 , tabl., graph.

<http://www.oecd.org/dataoecd/7/57/31785614.pdf>

Ce rapport présente une synthèse des études menées par l'OCDE dans le cadre du Projet sur la santé, dont l'objet était d'essayer de répondre à plusieurs grandes questions auxquelles sont aujourd'hui confrontées les autorités responsables de la santé. On y trouvera des informations et des analyses sur des sujets aussi divers que les technologies médicales nouvelles et émergentes, les soins de longue durée, l'assurance-maladie privée, la maîtrise des dépenses de santé, l'équité d'accès aux soins selon le revenu, la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé et leur productivité, et les délais d'attente pour la chirurgie non urgente. Ce rapport s'appuie sur l'expérience de nombreux pays ainsi que sur des données nouvelles relatives aux différences qui existent d'un pays à l'autre. Il constitue une feuille de route tout à fait actuelle pour améliorer les systèmes de santé.

OCDE (2017). Healthy people, healthy planet: the role of health systems in promoting healthier lifestyles and a greener future. Paris OCDE: 124 , tab., graph., fig.

<http://www.oecd.org/health/health-systems/Healthy-people-healthy-planet.pdf>

As the G7 economies continue their recovery from the Great Recession, the stress on their environmental resources is likely to grow, unless appropriate policy measures are taken. Air pollution, an important source of environmental stress, affects health outcomes directly, for example as a risk factor for respiratory and cardiovascular conditions, or indirectly, such as through the impacts on climate change and higher probability of extreme weather events. Many sources contribute to environmental pollution, including the overconsumption of food, unhealthy diets and food waste, unsustainable city growth, as well as overreliance on private motorised vehicles as a means of transportation. Each of these factors can also have a direct negative effect on various dimensions of health. This document, produced to inform the 2017 meeting of the G7 Ministers of Health, provides a broad overview of the main policy issues and some of the policy actions that G7 Health authorities can put in place to improve population health, while at the same time decreasing the human footprint on the environment.

OCDE (2021). Health at a glance 2021. Paris OCDE: 274.

<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>

Le Panorama de la santé fournit « un ensemble complet d'indicateurs sur la santé de la population et la performance des systèmes de santé dans les pays membres de l'OCDE et les principales économies émergentes ». Ils portent notamment sur l'état de santé, les facteurs de risque pour la santé, l'accès et la qualité des soins de santé, ainsi que les ressources disponibles pour la santé. En sus d'une analyse par indicateur, l'OCDE propose également un chapitre de synthèse comparatif, qui fait le point sur les performances et les grandes tendances des pays membres. Cette nouvelle édition se focalise principalement sur les conséquences de la crise sanitaire dans les pays de l'OCDE et notamment sur ses effets négatifs sur l'accès et la qualité des soins, et les difficultés grandissantes liées aux troubles mentaux. Au-delà de l'augmentation des coûts des dépenses de santé, couplé à la contraction de l'économie, le Panorama montre que la Covid-19 est responsable, directement ou indirectement, d'une forte augmentation du nombre attendu de décès en 2020 (+16%) et au premier semestre 2021. Par ailleurs, l'OCDE souligne que dans 24 des 30 pays étudiés, l'espérance de vie a reculé, sous l'effet des 1,7 millions de décès supplémentaires en 2020 – principalement aux âges élevés – en comparaison de la moyenne des décès annuels entre 2015 et 2019. C'est le cas notamment aux Etats-Unis où la baisse atteint 1,5 an et en Espagne 1,6 an. Le même constat peut être fait pour la France avec néanmoins un recul moins marqué, de l'ordre de 6 mois. Ce rapport présente également des données tendant à montrer que la pandémie a davantage touché les personnes les plus vulnérables en raison de l'âge. L'Organisation alerte sur la nécessité de prendre des mesures pour résoudre les situations de manque de personnels de santé et de soins aux personnes âgées, d'autant plus que le vieillissement de la population va accroître ce type de demandes dans un avenir proche. Au-delà des personnes âgées, les personnes socialement défavorisées ont été particulièrement touchées par les effets de la crise, du fait d'une exposition plus importante au virus et par la concentration de ces publics dans ce que l'OCDE qualifie de « zones déshéritées » (économiquement, en termes d'accès aux soins, etc.). Parmi les autres effets néfastes de la pandémie, l'OCDE insiste sur la forte augmentation de la proportion de personnes qui présentent des syndromes dépressifs, passant de 10% au début de 2019 à 28% à la même période en 2020. Sans atteindre les niveaux du Mexique, des Etats-Unis et du Royaume-Uni, la France est également concernée par cette situation avec un doublement de la prévalence de l'anxiété et de la dépression, en 2020, par rapport aux niveaux d'avant crise. Il aborde également d'autres thématiques qui ne sont pas directement en lien avec la pandémie. Il fournit notamment une analyse de l'influence des « modes de vie néfastes pour la santé (tabagisme, obésité, consommation nocive d'alcool) et des mauvaises conditions environnementales (pollution de l'air extérieur) » sur l'état de santé des populations des pays membres. L'OCDE souligne que ces pratiques réduisent à la fois « la durée de vie mais contribuent également à fragiliser les populations face aux chocs sanitaires ». Elle montre aussi que les dépenses de santé consacrées à la prévention de ces comportements demeurent "relativement faibles" et ne représentent que 2,7 % de l'ensemble des dépenses de santé.

OCDE (2022). Health at a glance: Europe 2022. State of Health in the EU cycle. Paris OCDE: 219.

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en

Réalisée par l'OCDE en coopération avec la Commission européenne et parue le 5 décembre 2022, cet ouvrage examine les principaux défis que les pays européens doivent relever pour développer des systèmes de santé plus solides et plus résilients après la phase aiguë de la pandémie de Covid-19. Il contient un focus sur la manière dont la pandémie a affecté la santé mentale et physique des jeunes. Le Rapport souligne la nécessité de mesures supplémentaires pour éviter que la pandémie de Covid-19 ne marque une génération de jeunes. Cette édition du Panorama de la Santé : Europe évalue également la perturbation par la pandémie d'un large éventail de services de santé pour les patients non-Covid, ainsi que les réponses politiques déployées par les pays européens pour minimiser les conséquences néfastes de ces perturbations. Il aborde également un certain nombre de facteurs de risque comportementaux et environnementaux importants qui ont un impact majeur sur la santé et la mortalité des personnes.

OCDE (2022). Guidebook on Best Practices in Public Health. Paris OCDE: 106.

<https://doi.org/10.1787/4f4913dd-en>.

This guidebook outlines and discusses the steps involved in selecting, implementing and evaluating policy actions and interventions to improve public health. The guidebook is applicable to all types of public health interventions such as those addressing alcohol and tobacco consumption, obesity, physical inactivity, multimorbidity and mental health as well as infectious diseases. Although designed primarily for policy makers, the guidebook is also a useful reference for other stakeholders such as those responsible for delivering an intervention.

OCDE (2022). Promoting Health and Well-being at Work: Policy and practices. *OECD Health Policy Studies*. Paris OCDE: 173.

<https://www.oecd.org/fr/sante/promoting-health-and-well-being-at-work-e179b2a5-en.htm>

Policies to promote employee health and well-being not only protect from occupational risks, but also provide benefits for individuals and employers. Unhealthy lifestyles, characterised by high levels of stress, sedentary behaviour and poor eating habits, affect the health of employees and negatively impact workplace productivity. Governments play a key role in promoting health and well-being in the workplace. This report analyses policy levers used by governments to incentivise employers to promote health and well-being at work in ten countries, including G7 countries and OECD countries in the Asia/Pacific region. These include regulation, financial incentives, guidelines, and certification and award schemes. The report also explores how governments can facilitate Environmental, Social and Governance investment to encourage health promotion at work.

Okma, K. G. H. et Tenbenschel, T. (2021). "Les réformes de la santé dans le monde." *Revue D'economie Financiere*(143): 15-46.

Cet article présente les principales conclusions d'un projet de recherche atypique portant sur les réformes de santé de douze pays de taille petite à moyenne (généralement exclus des études comparatives internationales), initiées au début du XXI^e siècle. Les dix-neuf coauteurs ont tous vécu et travaillé dans l'un ou plusieurs de ces pays. Situés sur divers continents, les pays diffèrent en termes de taille de population, de géographie et de niveau de revenu ainsi qu'en termes de contexte culturel et politique. Pourtant, ils ont en commun des objectifs politiques visant à préserver l'accès de leur population aux soins de santé, à améliorer la santé de la population et à protéger les revenus des familles contre le coût élevé des soins médicaux – autant de politiques depuis longtemps adoptées par la plupart des pays industrialisés. Tous cherchent à modifier certaines des caractéristiques de base de leurs systèmes de santé : palette des sources de financement, propriété, administration ou modes de paiement associés aux services de santé. L'étude ne permet pas de déterminer quel est le « meilleur » modèle.

Rechel, B., Maresso, A., Sagan, A., et al. (2018). Organization and financing of public health services in Europe: country reports. *Health Policy Series*; 49. Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe: xi+133 ,tabl., fig.

Qu'entend-on par « services de santé publique » ? Les pays d'Europe interprètent différemment ce concept, ou ce qu'il implique. Cette étude décrit l'expérience de neuf pays, en expliquant en détail la manière dont ils ont choisi d'organiser et de financer les services de santé publique, et de former et d'employer le personnel de ce secteur. Les pays couverts sont l'Allemagne, l'Angleterre, la France, l'Italie, les Pays-Bas, la Pologne, la République de Moldova, la Slovénie et la Suède. Les chapitres relatifs aux différents pays présentent un aperçu historique des services de santé publique ainsi que le contexte dans lequel ils opèrent ; définissent les principales structures organisationnelles ; évaluent les sources de financement de la santé publique et leur mode d'allocation ; expliquent la formation et l'emploi de la main-d'œuvre du secteur de la santé publique ; et analysent les cadres existants pour l'évaluation de la qualité et de la performance. L'étude met en évidence la très grande diversité de ces services en Europe ainsi que les expériences très variées dans ce domaine. Elle illustre clairement deux approches fondamentalement différentes des services de santé publique : l'intégration avec des services de santé curatifs (comme en Slovénie ou en Suède) ou l'organisation et la prestation dans le cadre d'une structure parallèle séparée (République de Moldova). Les études de cas permettent d'examiner le contexte à l'origine de cette divergence et ses implications.

Recherl, B. é. et McKee, M. é. (2014). Facets of Public Health in Europe, Maidenhead : Open University Press

Depuis 2 siècles, la santé publique atténue l'impact des maladies infectieuses et limite leur prévalence, mais il reste beaucoup à faire pour juguler les maladies non transmissibles comme les maladies cardiaques et le cancer, qui représentent le gros de la charge de maladies pesant sur la Région européenne de l'OMS. Cet ouvrage appréhende la santé publique en Europe de manière générale, mais avec force détails, et propose l'analyse la plus complète qui soit sur la Région. Il aborde un très large éventail de thèmes clés dans le domaine de la santé publique et comprend des chapitres sur : le dépistage ; la promotion de la santé ; la gestion des déterminants sociaux de la santé ; l'évaluation de l'impact sanitaire ; les travailleurs de la santé publique ; la recherche en matière de santé publique. En outre, les auteurs étudient les structures, capacités et services de santé publique existants dans toute une série de pays européens, en déterminant ce qu'il faut faire pour intervenir plus efficacement et améliorer les réalisations en matière de santé publique. Ce livre, qui reflète la vaste envergure géographique de toute la Région européenne de l'OMS, prend des exemples dans toute une série de pays pour illustrer les différentes façons d'envisager la santé publique. Il constitue une lecture essentielle pour tous ceux qui étudient la santé publique ou travaillent dans ce domaine, en particulier pour ceux qui s'intéressent aux pratiques européennes.

ÉTUDES SPECIFIQUES

Aisa, R., Larramona, G. et Pueyo, F. (2014). Preventive health and active ageing: the elderly are not a burden. MPRA Paper ; 52955. Munich MRPA: 17 , tabl., fig.
<http://mpr.ub.uni-muenchen.de/52955/>

Governments concerned with public finance are introducing reforms to push their citizens to remain in the labor market beyond the normal retirement age. We build a stylized theoretical framework in which we show that the labor supply among older workers and preventive health investment go hand in hand. In particular, those workers with the highest levels of productivity are those who remain longer in the labor market and, at the same time, who invest more in preventive health. We also find that a certain level of productivity in the health sector emerges as a prerequisite for active ageing. furthermore, an increase in such productivity leads to growth in the effective labor supply, leading to an increase in demand for health care, while liberating additional resources for the non-health sectors.

Anderson, G., Taylor, R. et Plochg, T. (2011). Health reform : meeting the challenge of ageing and multiple morbidities. Paris OCDE: 221 , fig., tabl., annexes.
<http://www.oecd.org/dataoecd/51/36/49151107.pdf>

The ageing of our societies is at the same time one of our greatest achievements and one of our biggest challenges. A longer lifespan is something few people would spurn and it opens up great opportunities in our personal, social and economic lives; yet in practice it is often accompanied by living with disease. Indeed, increasingly people and the health systems that serve them have to cope with more than one chronic disease at a time, a situation known as multimorbidity. How to reorient health systems to meet the challenge of multimorbidity was the theme of a conference held by the OECD and the Business and Industry Advisory Committee (BIAC) to the OECD as part of the OECD's 50th anniversary celebrations. This present volume contains five of the papers prepared for this conference, along with a sixth, on measuring quality in the presence of multimorbidity, on a topic which there was not enough time to address.

Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., et al. (2018). "Preventive strategies for mental health." Lancet Psychiatry 5(7): 591-604.

Available treatment methods have shown little effect on the burden associated with mental health disorders. We review promising universal, selective, and indicated preventive mental health strategies that might reduce the incidence of mental health disorders, or shift expected trajectories to less debilitating outcomes. Some of these interventions also seem to be cost-effective. In the transition to mental illness, the cumulative lifetime effect of multiple small effect size risk factors progressively increases vulnerability to mental health disorders. This process might inform different levels and stages of tailored interventions to lessen risk, or increase protective factors and resilience, especially during sensitive developmental periods. Gaps between knowledge, policy, and practice need to be bridged. Future steps should emphasise mental health promotion, and improvement of early detection and interventions in clinical settings, schools, and the community, with essential support from society and policy makers.

Bannenberg, N., Forland, O., Iversen, T., et al. (2019). Preventive Home Visits. Cinch Series ; #2019/07. Essen Cinch: 62.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:duh:wpaper:1907&r=age>

This paper evaluates the introduction of preventive home visits (PHV) for older people in Norway. Their purpose is to support autonomy and independence as well as preventing disability and nursing home admissions. We contribute to the literature by exploiting a natural experiment in Norwegian municipalities. Our results show that the introduction of a PHV program significantly changes the use of local public resources away from nursing homes, while increasing the utilization of home-based care. Further, PHVs lead to a decline in hospital admissions by 8 percent – whereas treatments for mental health conditions remain unaffected. Mortality is reduced by 4 percent in the age group 80 and above.

Binsbergen, J. (2020). The Effectiveness of Life-Preserving Investments in Times of COVID-19. NBER Working Paper Series ; 27382. Cambridge NBER: 27 , fig., tab.

www.nber.org/papers/w27382.pdf

We analyze the effectiveness of preventive investments aimed at increasing agents' life expectancy, with a focus on influenza and COVID-19 mitigation. Maximizing overall life expectancy requires allocating resources across hazards so as to equalize investments' marginal effectiveness. Based on estimates for the marginal effectiveness of influenza vaccines, we determine the level of COVID-19 mitigation investments that would imply such equalization. Given current projections for COVID-19 mitigation costs, our results suggest that wide-spread influenza vaccination would be an effective life-preserving investment.

Bjornberg, A. (2014). Euro Diabetes Index 2014. Danderyd Health Consumer Powerhouse: 71 , tabl.

<http://www.healthpowerhouse.com/files/EDI-2014/EDI-2014-report.pdf>

The Index – a follow-up of the 2008 Euro Diabetes Index – covers the following areas, using 28 indicators: Prevention, Case finding, Range and reach of services, Access to treatment/care, Procedures and Outcomes. The 30 countries (EU 28 plus Norway and Switzerland) are ranked according to how well they meet the indicator requirements. Sweden comes out top with 936 of a maximum 1000 points, followed by the Netherlands (922), Denmark (863), UK (812) and Switzerland (799).

Bloom, D. E., Kuhn, M. et Prettnner, K. (2020). Modern Infectious Diseases: Macroeconomic Impacts and Policy Responses. *NBER Working Paper Series* ; n° 27757. Cambridge NBER: 50 , tabl., fig., annexes.
<http://www.nber.org/papers/w27757>

We discuss and review literature on the macroeconomic effects of epidemics and pandemics since the late 20th century. First, we cover the role of health in driving economic growth and well-being and discuss standard frameworks for assessing the economic burden of infectious diseases. Second, we sketch a general theoretical framework to evaluate the tradeoffs policymakers must consider when addressing infectious diseases and their macroeconomic repercussions. In so doing, we emphasize the dependence of economic consequences on (i) disease characteristics; (ii) inequalities among individuals in terms of susceptibility, preferences, and income; and (iii) cross-country heterogeneities in terms of their institutional and macroeconomic environments. Third, we study pharmaceutical and nonpharmaceutical policies aimed at mitigating and preventing infectious diseases and their macroeconomic repercussions. Fourth, we discuss the health toll and economic impacts of five infectious diseases: HIV/AIDS, malaria, tuberculosis, influenza, and COVID-19. Although major epidemics and pandemics can take an enormous human toll and impose a staggering economic burden, early and targeted health and economic policy interventions can often mitigate both to a substantial degree.

Breedvelt, J. J. F., Zamperoni, V., South, E., et al. (2020). "A systematic review of mental health measurement scales for evaluating the effects of mental health prevention interventions." *Eur J Public Health* **30**(3): 539-545.

BACKGROUND: Consistent and appropriate measurement is needed in order to improve understanding and evaluation of preventative interventions. This review aims to identify individual-level measurement tools used to evaluate mental health prevention interventions to inform harmonization of outcome measurement in this area. **METHODS:** Searches were conducted in PubMed, PsychInfo, CINAHL, Cochrane and OpenGrey for studies published between 2008 and 2018 that aimed to evaluate prevention interventions for common mental health problems in adults and used at least one measurement scale (PROSPERO CRD42018095519). For each study, mental health measurement tools were identified and reviewed for reliability, validity, ease-of-use and cultural sensitivity. **RESULTS:** A total of 127 studies were identified that used 65 mental health measurement tools. Most were used by a single study (57%, N = 37) and measured depression (N = 20) or overall mental health (N = 18). The most commonly used questionnaire (15%) was the Centre for Epidemiological Studies Depression Scale. A further 125 tools were identified which measured non-mental health-specific outcomes. **CONCLUSIONS:** There was little agreement in measurement tools used across mental health prevention studies, which may hinder comparison across studies. Future research on measurement properties and acceptability of measurements in applied and scientific settings could be explored. Further work on supporting researchers to decide on appropriate outcome measurement for prevention would be beneficial for the field.

Bughin, J. R., Cincera, M., Peters, K., et al. (2021). Make It or Break It: Vaccination Intent at the Time of COVID-19. *ssrn*: 35.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3757618

This research updates early studies on the intention to be vaccinated against the Covid-19 virus among a representative sample of adults in 6 European countries (France, Germany, Italy, Spain, Sweden, and the UK) and differentiated by groups of “acceptors”, “refusers”, and “hesitants”. The research relies on a set of traditional logistic and more complex classification techniques such as Neural Networks and Random Forest techniques to determine common predictors of vaccination preferences. The

findings highlight that socio-demographics are not a reliable measure of vaccination propensity, after one controls for different risk perceptions, and illustrate the key role of institutional and peer trust for vaccination success. Policymakers must build vaccine promotion techniques differentiated according to “acceptors”, “refusers”, and “hesitants”, while restoring much larger trust in their actions upfront since the pandemics, if one wishes the vaccination coverage to close part of the gap to the level of herd immunity.

Cecchini, M., Devaux, M. et Sassi, F. (2015). Assessing the impacts of alcohol policies. A microsimulation approach. *OECD Health Working Paper; 80*. Paris OCDE: 124 , tabl., fig.

Les politiques de l'alcool peuvent jouer un rôle majeur dans la réduction des méfaits de l'alcool, l'amélioration de la santé, l'accroissement de la productivité, la réduction des délits et de la violence, et la diminution des dépenses publiques. La Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool propose une liste d'options découlant d'un consensus international, que l'OCDE a utilisée comme point de départ pour mettre en lumière un ensemble d'actions à évaluer dans le cadre d'une analyse économique s'appuyant sur un modèle de micro-simulation. Ce document de travail offre une description complète du modèle, des données et des hypothèses sous-jacentes utilisées pour mener les analyses. Les actions évaluées dans trois pays – le Canada, la République tchèque et l'Allemagne – incluent des politiques de prix, des mesures de réglementation et d'application de la législation, des programmes d'éducation et des interventions sanitaires. Les résultats de l'analyse de l'OCDE montrent que l'on peut obtenir d'importants résultats en termes de santé grâce à des interventions brèves dans le cadre de soins primaires, qui ciblent généralement des consommateurs à haut risque, et à des hausses des taxes qui pénalisent tous les consommateurs. L'impact des mesures de réglementation et d'application de la législation, ainsi que d'autres interventions sanitaires, dépendent davantage du contexte et du mode d'application, tandis que les programmes en milieu scolaire semblent quant à eux moins prometteurs. Dans les pays étudiés, les politiques de l'alcool peuvent permettre à des centaines de milliers de personnes en âge de travailler d'éviter les incapacités et les blessures liées à l'alcool, ce qui améliorerait beaucoup leur productivité. On estime que la plupart des politiques de l'alcool pourraient contribuer à réduire les dépenses de santé dans la mesure où leurs coûts de mise en œuvre seraient plus que compensés. Les interventions sanitaires et l'application de restrictions concernant l'alcool au volant constituent des mesures plus onéreuses, mais présentent quand même des rapports coût-efficacité très positifs.

Commonwealth Fund (2019). Quick Reference Guide to Promising Care Models for Patients with Complex Needs. New York The Commonwealth Fund: 9 , tabl.

<https://www.commonwealthfund.org/publications/2019/feb/care-models-patients-complex-needs>

Many pioneering programs have reduced avoidable utilization of care and lowered costs while improving health outcomes for adults with complex needs. The most promising models target high-risk populations and provide key elements of person-centered care, including individualized care plans, interdisciplinary care teams, active care coordination, and continuous information-sharing with providers and patients. The Quick Reference Guide to Promising Care Models offers summary information on 28 programs for adults with complex needs, specifically: target population and subpopulations served by the model; Key features of the model associated with person-centered care; Outcomes and impact.

Communauté Européenne (2014). Psychosocial risks in Europe. Prevalence and strategies for prevention. Luxembourg Office des publications officielles des Communautés européennes: 102 , tabl., fig.

<https://osha.europa.eu/en/publications/reports/psychosocial-risks-eu-prevalence-strategies-prevention>

The report on psychosocial risks at work is a joint publication from the European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) and the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound). It draws on the complementary work of the two agencies, which is reflected in their different roles. Acknowledging the complexity of the relationship between health and work, the report presents comparative information on the prevalence of psychosocial risks among workers

and examines the associations between these risks and health and well-being. It also looks at the extent to which establishments take action to tackle psychosocial risks and describes interventions that can be adopted in companies. An overview of policies in six Member States is included.

Communauté Européenne (2019). Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions. Luxembourg Office des publications de l'Union européenne: 90 , tabl., graph.

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/EDR2019.pdf>

Ce rapport fournit une analyse des données les plus récentes sur la situation en matière de drogues et sur les réponses qui sont y apportées dans l'Union européenne, en Norvège et en Turquie. Il est étayé par d'autres sources d'information en ligne, telles que notre bulletin statistique, qui contiennent des données de base. Le dossier du rapport européen sur les drogues comprend également 30 rapports nationaux sur les drogues, lesquels donnent une vue d'ensemble de la situation actuelle pour tous les pays participant au réseau d'information sur les drogues de l'UE.

Communauté Européenne (2021). Plan européen pour vaincre le cancer. Bruxelles Commission européenne: 35.

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/non_communicable_diseases/docs/eu_cancer-plan_fr.pdf

L'objectif du plan européen pour vaincre le cancer est d'aborder l'ensemble de la prise en charge de la maladie. Il s'articule autour de quatre domaines d'action clés dans lesquels l'UE peut apporter la plus grande valeur ajoutée: 1) la prévention; 2) la détection précoce; 3) le diagnostic et le traitement; et 4) la qualité de vie des patients atteints d'un cancer et des personnes ayant survécu à la maladie. Au cours des prochaines années, il mettra l'accent sur la recherche et l'innovation, exploitera le potentiel offert par la numérisation et les nouvelles technologies et mobilisera des instruments financiers pour soutenir les États membres.

Communauté Européenne (2021). Study to support the evaluation of the EU Strategic Framework on health and safety at work 2014-2020. Bruxelles Commission européenne: 126.

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8413&furtherPubs=no>

The EU Strategic Framework's objectives and actions have provided a unified strategic direction for improving occupational safety and health to date. They continue to support the development of a level playing field at EU level in terms of the further development, implementation and enforcement of the EU OSH acquis.

Cygan-Rehm, K. et Karbownik, K. (2020). The Effects of Incentivizing Early Prenatal Care on Infant Health. NBER Working Paper Series ;28116. Cambridge NBER: 52.

<https://www.nber.org/papers/w28116>

We investigated the effects of the timing of early prenatal care on infant health by exploiting a reform that required expectant mothers to initiate prenatal care during the first ten weeks of gestation to obtain a one-time monetary transfer paid after childbirth. Applying a difference-in-differences design to individual-level data on the population of births and fetal deaths, we identified small but statistically significant positive effects of the policy on neonatal health. We further provide suggestive evidence that improved maternal health-related knowledge and behaviors during pregnancy are plausible channels through which the reform might have affected fetal health.

Daoust, F., Belanger, E., Dassonneville, R., et al. (2020). Face-Saving Strategies Increase Self-Reported Non-Compliance with COVID-19 Preventive Measures: Experimental Evidence from 12 Countries. Edinbourg University of edinbourg: 27.

https://privpapers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3686342&dgcid=ejournal_htmlmail_public:goods:regulation:in:health:economics:ejournal_abstractlink

Studies of citizens' compliance with COVID-19 preventive measures routinely rely on survey data. While essential, public health restrictions provide clear signals of what is socially desirable in this context, creating a potential source of response bias in self-reported measures of compliance. In this research, we examine whether the results of a face-saving-strategy that was recently proposed by Daoust et al. (2020) to loosen this constraint are generalizable across twelve countries, and whether the treatment effect varies across subgroups. Our findings show that the face-saving strategy is a very useful tool in every country included, increasing respondents' proclivity to report non-compliance by 9 to 16 percentage points. This effect holds for different subgroups based on gender, age and education. We conclude that the inclusion of this strategy should be the new standard for survey research that aims to provide crucial data on the current pandemic.

Eurogip (2013). Incitations financières à la prévention des risques professionnels - une étude sur 7 pays européens : Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Luxembourg, Pays-Bas et Royaume-Uni. Paris Eurogip: 86, tabl., annexes.

http://www.eurogip.fr/images/documents/3556/Eurogip_89F_incitations_financieres.pdf

Majoration de cotisations, subventions, sanctions, outils, aides financières... EUROGIP a étudié ces dispositifs dans sept pays européens : Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Luxembourg, Pays-Bas et Royaume-Uni. Les dispositifs étudiés tiennent compte de la sinistralité au travail de l'entreprise ou des améliorations que celle-ci pourrait apporter en matière de santé et sécurité au travail. L'objectif de cette étude, réalisée à la demande de la CNAMTS, n'est pas d'analyser les mérites respectifs des différents systèmes, mais de comprendre leurs modalités de fonctionnement (résumé de l'éditeur).

Devaux, M., Aldea, A., Lerouge, A., et al. (2021). Rapport final sur le modèle international de simulation des politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool. Résultats pour la France. Paris OCDE: 45.

<https://www.oecd.org/health/Mod%C3%A8le-international-simulation-politiques-consommation-nocive-alcool-France-Mai2021.pdf>

Ce rapport s'inscrit dans le cadre des activités de l'OCDE en économie de la santé publique. Il a été financé par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et la Délégation à la sécurité routière (DSR), rattachée au ministère de l'Intérieur. Il a été écrit en amont d'un rapport international couvrant 52 pays de l'OCDE, l'Union Européenne (UE) et du Groupe des 20 (G20). L'analyse présentée dans le rapport pour la France s'intéresse à une consommation d'alcool au-delà de 10 verres par semaine, ce qui est conforme au repère national de consommation à moindre risque pour la santé fixé par la France. Les résultats du rapport

Devaux, M. et Sassi, F. (2015). The Labour Market Impacts of Obesity, Smoking, Alcohol Use and Related Chronic Diseases. *OECD Health Working Paper*; 86. Paris OCDE: 47, tabl., fig.

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-labour-market-impacts-of-obesity-smoking-alcohol-use-and-related-chronic-diseases_5jrqn5fpv0v-en

Ce document examine les impacts sur le marché du travail des facteurs de risque liés aux modes de vie et des maladies chroniques associées, en termes d'opportunités d'emploi, de salaire, de productivité, de congés maladie, de retraite anticipée et de prestations d'invalidité. Il fournit une revue de la littérature des impacts sur le marché du travail des principaux facteurs de risque (obésité, tabagisme et consommation à risque d'alcool) ainsi que d'un certain nombre de maladies chroniques associées, et présente également les résultats de nouvelles analyses empiriques pour une sélection de pays de l'OCDE. Ce travail a révélé que généralement, les maladies chroniques et les facteurs de risques associés ont des impacts néfastes sur le marché du travail potentiellement importants, mais avec des effets mixtes dans certains cas. L'obésité et le tabagisme nuisent clairement à la probabilité d'emploi, aux salaires et la productivité du travail. Les maladies cardiovasculaires et le diabète ont des impacts négatifs sur la probabilité d'emploi et les salaires, et le diabète, le cancer et l'arthrite réduisent la productivité au travail. La consommation à risque d'alcool, les cancers, l'hypertension artérielle et l'arthrite ont des effets mixtes sur l'emploi et les salaires, et ne sont pas toujours liés à une augmentation de l'absentéisme (par exemple, les maladies cardiovasculaires et l'hypertension

artérielle). Enfin, ce document souligne l'importance de ces résultats pour l'Économie au sens large, et soutient la mise en place de stratégies de prévention des maladies chroniques, soigneusement conçues, ciblant les personnes les plus vulnérables sur le marché du travail, qui peuvent conduire à des gains importants de production économique grâce à une main-d'œuvre en meilleure santé et plus productive.

Du Roscoat, E. et Beck, F. (2013). "Efficient interventions on suicide prevention : A literature review." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **61**(4): 363-374, tabl.

[BDSP. Notice produite par CREAIOISLR EDFR0xqG. Diffusion soumise à autorisation]. Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide, autres que les essais cliniques portant sur l'évaluation des médicaments ou encore l'évaluation des psychothérapies, font l'objet d'une littérature relativement restreinte. Cet article se propose d'analyser cette littérature afin d'apporter des éléments utiles à la réflexion ainsi qu'à l'élaboration d'actions pour les professionnels susceptibles d'être concernés par la question. Ce travail s'appuie sur un corpus de 41 recherches évaluatives ayant fait l'objet de publications scientifiques et présentant des résultats sur au moins l'un des trois indicateurs suivants : suicides accomplis, tentatives de suicide ou pensées suicidaires. Sept grandes catégories d'interventions sont analysées : la restriction des moyens létaux, le maintien d'un contact avec les patients, les lignes et centres d'appel, la formation des médecins généralistes, les interventions en milieu scolaire, l'organisation de la prise en charge suite à une tentative de suicide et les campagnes d'information du public. Essentiellement trois catégories d'intervention se dégagent dans la littérature comme ayant apporté les preuves de leur efficacité. C'est le cas de la restriction de l'accès aux moyens létaux, du maintien d'un contact avec les patients sortis de l'hôpital après une tentative de suicide ainsi que de l'implantation de lignes d'appel. Les quatre autres catégories d'intervention, bien que n'ayant pas encore démontré la robustesse de leur efficacité, sont également susceptibles sous certaines conditions, de contribuer utilement à la prévention du suicide. Globalement, la majorité des interventions évaluées comme efficaces concernent d'une façon ou d'une autre la prise en charge de personnes déjà en souffrance psychique. Cependant, les approches de promotion de la santé, en amont de l'apparition des troubles, telles que le développement d'offres de services auprès des personnes âgées isolées, méritent d'être considérées comme des outils prometteurs pour la prévention du mal être. (R.A.).

Eibich, P. et Goldzahl, L. (2020). Does retirement affect secondary preventive care use? Evidence from breast cancer screening. MPIDR Working Paper WP 2020-011. Rostock Max Planck Institute for Demographic Research: 49 , tabl., fig.

<https://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2020-011.pdf>

Population ageing is expected to increase the burden of non-communicable diseases, e.g., cardiovascular diseases and cancer. These diseases are amenable to prevention, such as lifestyle changes (primary prevention) and early detection (secondary prevention), and thus prevention is considered to be one of the keys to maintaining the health of an ageing population. This paper examines the causal impact of retirement on secondary preventive care use. While we focus on breast cancer screening, we also provide evidence for other types of screening such as cervical cancer screening. We use five waves of data from the Eurobarometer surveys conducted between 1996 and 2006, covering 25 different European countries. We address the endogeneity of retirement by using age thresholds for pension eligibility as instrumental variables. We find that retirement reduces secondary preventive care use. This effect is not driven by changes in health or income. Instead, our evidence suggests that generosity of the social health insurance system and women's beliefs concerning cancer prevention and treatment are important mechanisms.

European Health Parliament (2019). Pathways for a healthy state of mind in Europe: Promoting Mental Wellbeing and Improving Prevention and Care of Mental Ill Health in the EU Digital Era. Bruxelles European Health Parliament: 12.

<https://www.healthparliament.eu/dpm/>

Dans ce rapport, le Comité sur la prévention et la gestion des maladies du Parlement européen de la santé (European Health Parliament - EHP) présente ses recommandations : Promouvoir le bien-être mental et améliorer la prévention et le traitement des maladies mentales dans l'Union européenne. La santé mentale est vitale pour les individus, les familles et les communautés. Cependant, les problèmes de santé mentale ne sont pas "incurables" : pour les personnes concernées, le rétablissement est l'objectif et un but atteignable pour tous quand on leur fournit le soutien approprié - le rétablissement signifie vivre et gérer des problèmes de santé mentale, tout en conservant le contrôle sur sa propre vie.

Fond-Harmant, L. (2011). "Programmes de lutte contre le diabète dans six pays européens et au Canada." Santé Publique **23**(1): 41-53, tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP CrI0x9B. Diffusion soumise à autorisation]. Dix-sept des 27 pays de l'Union Européenne ont mis en place un programme de lutte contre le diabète. L'article recense diverses politiques nationales en la matière, pour en tirer des pistes en vue de l'élaboration du programme luxembourgeois, ce pays n'étant pas encore doté d'un plan national. Sept programmes nationaux de lutte et de gestion du diabète sont analysés : néerlandais, anglais, autrichien, allemand, français, belge, et un programme canadien.

Greenfield, S., Nicolucci, A. et Mattke, S. (2004). Selecting indicators for the quality of diabetes at the Health Systems Level in OECD countries. OECD Health Technical Papers ; n° 15. Paris OCDE: 18 , tab.
<http://www.oecd.org/dataoecd/28/34/33865546.pdf>

Ce rapport présente les recommandations consensuelles d'un groupe d'experts internationaux sur les indicateurs relatifs au diabète. Les experts se sont basés sur un examen des indicateurs existants et ont répertorié les carences d'informations des indicateurs existants pour sélectionner des indicateurs devant couvrir des processus cliniques pour le diabète ainsi que des résultats de soins proximaux et distaux. L'examen a conduit à une recommandation de neuf indicateurs.

Grignon, M. et Renaud, T. (2014). In fighting smoking, would later not be better than sooner? Chepa working paper series ; 14-3. Hamilton McMaster University: 56 , tabl., graph.

In this study, we address the following question: Where are resources to prevent smoking and reduce smoking prevalence (the proportion of the adult population who is smoking on a regular basis) most efficiently put to use, in preventing youth from ever starting smoking or in helping seasoned smokers quit? We use mortality attributable to tobacco (MAT) as our outcome measure in deciding what is efficient: our criterion, therefore, is cost per life saved (death averted). This means that we take an instrumental approach to smoking: it is not smoking per se that is bad, but smoking in that it causes premature mortality.

Halpin, H. A., Morales-Suarez-Varela, M. M. et Martin-Moreno, J. M. (2010). "Chronic Disease Prevention and the New Public Health." Public Health Reviews **32**(1): 120-154.
http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/7/08_Chronic.pdf

[BDSP. Notice produite par EHESP kI0xGHR. Diffusion soumise à autorisation]. Chronic diseases are the major causes of morbidity and mortality across the globe in developed and developing countries, and in countries transitioning from former socialist status. Chronic diseases - including heart disease, cancer, stroke, diabetes, and respiratory diseases - share major risk factors beyond genetics and social inequalities including tobacco use, unhealthy diet, physical inactivity, and lack of access to preventive care. There are evidence-based interventions that are effective in modifying these risks and subsequently preventing disease. Evidence for prevention is strongest for measures aimed at reducing tobacco use and increasing physical activity, while large gaps remain in our knowledge about how to effectively change eating habits and achieve healthy weights in a population. The New Public Health addresses interventions delivered at three levels : 1) at the level of society, where public policy and governmental interventions can change the environment, as well as individual behavior (e.g.,

regulation of tobacco products and food composition, taxation, redesigning the built environment, banning advertising) ; 2) at the level of the community, through the activities of local institutions delivered at the population level (e.g., school-based and workplace health promotion, community education, training, and public awareness campaigns) ; and 3) at the level of the individual, through the provision of clinical preventive services including screening, counselling, chemoprophylaxis, and immunizations (in recognition of the growing evidence that infections cause important chronic diseases). We conclude with a discussion of comprehensive national and international efforts needed to stem the tide of the growing global burden of chronic disease.

Haussler, J. et Breyer, F. (2014). Does Diabetes Prevention Pay for Itself ? Evaluation of the M.O.B.I.L.I.S. Program for Obese Persons. *Working Paper Series; 2014-08*. Konstanz University of Konstanz: 20 , tabl., fig. http://www.uni-konstanz.de/FuF/wiwi/workingpaperseries/WP_08_Haussler-Breyer_2014.pdf

In response to the growing burden of obesity, public primary prevention programs against obesity have been widely recommended. Several studies estimated the cost effectiveness of diabetes prevention trials for different countries. Nevertheless, it is still controversial if prevention conducted in more real-world settings and among people with increased risk but not yet exhibiting Increased Glucose Tolerance can be a cost-saving strategy to cope with the obesity epidemic. We examine this question in a simulation model based on the results of the M.O.B.I.L.I.S program, a German lifestyle intervention to reduce obesity, which is directed on the high-risk group of people who are already obese. The contribution of this paper is the use of 4-year follow-up data on the intervention group and a comparison with a control group formed by SOEP respondents as inputs in a Markov model of the long-term cost savings through this intervention due to the prevention of type-2 diabetes. We show that from the point of view of a health insurer, these programs can pay for themselves

Hewlett, E. et Horner, K. (2015). Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): England. *OECD Health Working Paper; 81*. Paris OCDE: 56 , tabl., fig. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-health-working-papers_18152015

As part of a wider project on mental health in OECD countries, a series of descriptive profiles have been prepared, intended to provide descriptive, easily comprehensible, highly informative accounts of the mental health systems of OECD countries. These profiles, entitled 'Mental Health Analysis Profiles' (MHAPs), will be able to inform discussion and reflection and provide an introduction to and a synthesised account of mental health in a given country. Each MHAP follows the same template, and whilst the MHAPs are stand-alone profiles, loose cross-country comparison using the MHAPs is possible and encouraged. The English mental health care system can be regarded as one of the clearest examples of a "community care" approach to mental illness, with relatively well established links and networks between mental health care providers and social care providers. Strong links between social support services, for example employment and housing services, and appropriate psychological and medical interventions, have been a priority. Recent developments in the system include the introduction of a programme of talking therapies, IAPT, rolled-out nation-wide, a commitment to introduce waiting times standards for mental health services, and early in 2014 a mental health action plan, Closing the gap: priorities for essential change, which sets out 25 areas for urgent action.

Kapoor, H. et Tagat, A. (2020). Worry Much? Preventive Health Behaviours Related to Worry Across Countries Amid COVID-19. Mumbai Monk Prayogshala: 20. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3756096

The heterogeneous spread of COVID-19 around the world has led to differing mental health impacts across countries. This is on account of varying state responses to curbing the pandemic as well as differences in individual preventive health behaviours. The present study examined the relationship between worry and health behaviours using secondary data from an online survey of nearly 70000 respondents from 33 countries. We hypothesized that preventive health behaviours would predict the level of worry experienced, which in turn would predict future health behaviours. Further, to account

for cultural differences, regression analyses included a metric of cultural distance from the US. Past behaviours such as avoiding social gatherings, maintaining physical distance, and regular hand washing predicted higher worry, whereas staying at home negatively predicted worry. In general, being culturally distant from the US was associated with significantly lower worry. Results also showed that avoiding social gatherings and maintaining physical distance predicted less worry among respondents in countries culturally distant from the US. In contrast, reporting symptoms increased worry in such countries. Worry, in turn, differentially predicted whether individuals would leave their home in the next 5 days, reducing the likelihood of stepping outside (more so for "bad" behaviours such as for expressing personal freedoms and meeting others socially). However, being culturally distant from the US was not associated with (future) going out behaviours. Findings are discussed from a cross-cultural perspective, analysing worry as an approach-avoidance motivator of health-related behaviour. Capitalizing on cultural differences in approach-avoidance motivations is suggested to help inform health communication strategies.

KingsCollege (2019). The Burden of Stroke in Europe Report. Londres King's college: 131 , tabl., fig., annexes. <https://strokeeurope.eu/media/download/>

Stroke is a brain attack, affecting 17 million people worldwide each year. It is the second most common cause of death and a leading cause of adult physical disability. The present study uses the most recent available data to describe stroke epidemiology, prevention and care across the EU. In order to frame the study and enable comparisons across countries and regions, SAFE required the inclusion of a number of indicators of stroke care quality. There are potentially many such indicators that could have been included; to keep the study manageable in the available time, a shortlist of 12 indicators was chosen to reference different parts of the stroke care "pathway", from prevention to long-term care and support. Information on these indicators and the epidemiology of stroke in each country was gathered through reviewing the scientific literature and by consulting with stroke researchers, clinicians and stroke support organisation representatives.

Lambie, L. et Mattke, S. (2004). Selecting indicators for the quality of cardiac care at the Health Systems Level in OECD countries. *OECD Health Technical Papers ; n° 14*. Paris OCDE: 51 , tab. <http://www.oecd.org/dataoecd/28/35/33865450.pdf>

Ce rapport présente les recommandations consensuelles d'un groupe d'experts internationaux sur les indicateurs relatifs aux soins cardiaques. En suivant une méthodologie détaillée, le groupe d'experts a entrepris de sélectionner des indicateurs devant couvrir cinq grands domaines : la prévention primaire, la prévention secondaire des cardiopathies, le syndrome coronarien aigu, la chirurgie cardiaque et l'insuffisance cardiaque congestive.

Le L. K., Esturas, A. C., Mihalopoulos, C., et al. (2021). "Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations." **18**(5): e1003606.

BACKGROUND: The prevention of mental disorders and promotion of mental health and well-being are growing fields. Whether mental health promotion and prevention interventions provide value for money in children, adolescents, adults, and older adults is unclear. The aim of the current study is to update 2 existing reviews of cost-effectiveness studies in this field in order to determine whether such interventions are cost-effective. METHODS AND FINDINGS: Electronic databases (including MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, and EconLit through EBSCO and Embase) were searched for published cost-effectiveness studies of prevention of mental disorders and promotion of mental health and well-being from 2008 to 2020. The quality of studies was assessed using the Quality of Health Economic Studies Instrument (QHES). The protocol was registered with PROSPERO (# CRD42019127778). The primary outcomes were incremental cost-effectiveness ratio (ICER) or return on investment (ROI) ratio across all studies. A total of 65 studies met the inclusion criteria of a full economic evaluation, of which, 23 targeted children and adolescents, 35 targeted adults, while the remaining targeted older adults. A large number of studies focused on prevention of depression and/or anxiety disorders, followed by promotion of mental health and well-being and other mental disorders. Although there

was high heterogeneity in terms of the design among included economic evaluations, most studies consistently found that interventions for mental health prevention and promotion were cost-effective or cost saving. The review found that targeted prevention was likely to be cost-effective compared to universal prevention. Screening plus psychological interventions (e.g., cognitive behavioural therapy [CBT]) at school were the most cost-effective interventions for prevention of mental disorders in children and adolescents, while parenting interventions and workplace interventions had good evidence in mental health promotion. There is inconclusive evidence for preventive interventions for mental disorders or mental health promotion in older adults. While studies were of general high quality, there was limited evidence available from low- and middle-income countries. The review was limited to studies where mental health was the primary outcome and may have missed general health promoting strategies that could also prevent mental disorder or promote mental health. Some ROI studies might not be included given that these studies are commonly published in grey literature rather than in the academic literature. CONCLUSIONS: Our review found a significant growth of economic evaluations in prevention of mental disorders or promotion of mental health and well-being over the last 10 years. Although several interventions for mental health prevention and promotion provide good value for money, the varied quality as well as methodologies used in economic evaluations limit the generalisability of conclusions about cost-effectiveness. However, the finding that the majority of studies especially in children, adolescents, and adults demonstrated good value for money is promising. Research on cost-effectiveness in low-middle income settings is required. TRIAL REGISTRATION: PROSPERO registration number: CRD42019127778.

Lemetayer, F. et Papineau, E. (2021). *L'utilisation des écrans et la santé des jeunes : pistes d'action pour une approche préventive*. Montréal INSPQ: 10.

<https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/2790-utilisation-ecrans-sante-jeunes.pdf>

Dans ce mémoire, l'INSPQ souhaite mettre en lumière l'importance de créer des environnements favorables à la santé et au bien-être de tous les jeunes dans leurs milieux de vie, qui tiennent compte de l'équité et des risques sur la santé associés à l'usage des écrans. Bien que les écrans et l'accès à Internet, particulièrement durant la pandémie, facilitent le maintien des études et du travail, des liens familiaux et sociaux, l'accès à de l'information, ou encore à des services et divertissements numériques variés, leurs usages ne sont pas sans risques pour la santé et le bien-être. Les risques liés à la cyberintimidation ou aux dépendances en ligne, par exemple, ont frappé plus particulièrement l'opinion publique ces dernières années parce qu'ils appellent à une intervention rapide. Toutefois, des préjudices moins visibles, tels que la sédentarité, les troubles musculosquelettiques, les problèmes de vision ou de sommeil sont fréquemment observés sans pour autant être associés à une dépendance ou à un usage dépassant les recommandations en matière de temps d'écran de loisirs. Par ailleurs, sachant que les mesures sanitaires liées à la COVID-19 ont entraîné une augmentation du temps d'écran, une aggravation de ces risques est anticipée. Il importe également de tenir compte des effets sur les inégalités sociales que l'introduction massive des écrans dans différents milieux peut engendrer. C'est notamment le cas lorsque l'utilisation des écrans devient le moyen de communication privilégié alors que tous n'y ont pas accès (accès technologiques et services Internet, littératie et littératie numérique). Conséquemment, en plus des services spécialisés en dépendances et des services de première ligne en santé, il importe d'intégrer aux stratégies gouvernementales des actions basées sur un portrait juste de l'utilisation cumulée et de ses déterminants. Les actions devront aussi tenir compte de l'ensemble des impacts négatifs sur la santé associés à l'usage des écrans. L'objectif est de favoriser une utilisation des écrans qui soit à la fois réfléchie, justifiée, équitable et qui minimise les risques sur la santé, le bien-être et le développement des jeunes. Ce mémoire soulève trois enjeux et des pistes d'action pour chacun d'entre eux. Ils ont été élaborés à partir des connaissances issues de la littérature grise et scientifique ainsi qu'à partir de travaux antérieurs de l'INSPQ.

Levesque, J. F., Feldman, D., Dufresne, C., et al. (2009). "Barrières et éléments facilitant à l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques." *Pratiques Et Organisation Des Soins*(4): 251-265, tabl., fig.

[BDSP. Notice produite par CNAMTS srnpR0xr. Diffusion soumise à autorisation]. Les maladies chroniques représentent un fardeau croissant pour les systèmes de soins des pays développés. Pour faire face à leur nature multifactorielle, des modèles intégrés de prévention et de gestion ont été suggérés. Bien que ces modèles aient démontré qu'ils améliorent les résultats des soins des personnes atteintes de maladies chroniques, leur implantation à l'échelle des systèmes de santé demeure un défi. Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs qui faciliteraient ou nuiraient à l'implantation de ces modèles de soins.

Loring, B. et Anderson, A. (2014). Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity. Copenhague OMS: v+35.

This policy guidance aims to support European policy-makers to improve the design, implementation and evaluation of interventions and policies to reduce inequities in overweight and obesity. The prevalence of obesity in Europe is rising in many countries, and rising fastest in low socioeconomic population groups. There is a strong relationship between obesity and low socioeconomic status, especially for women. Reducing health inequities is a key strategic objective of Health 2020 – the European policy framework for health and well-being endorsed by the 53 Member States of the WHO European Region in 2012. This guide seeks to assist European policy-makers in contributing to achieving the objectives of Health 2020 in a practical way. It draws on key evidence, including from the Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. It sets out options to reduce the unequal distribution of obesity in Europe, through approaches which address the social determinants of obesity and the related health, social and economic consequences of the obesity inequity gradient.

McDaid, D., Hewlett, E. et Park, A. L. (2017). Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness. OECD Health Working Papers; 97. Paris OCDE: 46 , tabl., fig.

The health, social and economic consequences of poor mental health are substantial. More attention is focusing now on the development of actions to promote better mental health and wellbeing and prevent mental ill-health. If effective and well-implemented, such actions may potentially help avoid some of these substantial adverse individual, social and economic impacts of poor mental health. This paper provides an overview of the development of approaches to promoting mental wellbeing and preventing mental ill-health in OECD countries, together with an assessment of what is known on their effectiveness and cost effectiveness. The paper finds that there is a sound and quite extensive evidence base for effective and cost effective actions which can promote mental wellbeing and prevent mental ill-health. However, the existence of actions and programmes in mental health promotion and prevention is uneven both between countries, and across different points of the life course. Many countries could stand to scale-up their promotion and prevention efforts in the mental health field, and further efforts are particularly needed to introduce interventions targeted at unemployed and older populations.

Merten, J., Pomeranz, J., King, J., et al. (2014). "Barriers to cancer screening for people with disabilities: A literature review." Disability and Health Journal: 1-8.

Over 50 million Americans are currently living with some form of disability. Studies have shown that people with disabilities are underinsured, have less access to health care, and are more likely to engage in risky health behavior. Routine preventive screenings for breast, cervical and colorectal cancer are recommended for all adults to improve early detection and treatment of cancer. Although early detection of cancer offers the best chances for treatment and survival, cancer screening has been limited for many people with disabilities. To present results of a scoping review of studies focused on barriers to cancer screening for people with disabilities. Online databases were searched for research articles on barriers to cancer screening (breast, cervical, prostate, and colorectal) in people with disabilities. Thirty-five peer-reviewed articles met inclusion criteria. Existing research on cancer screenings, particularly prostate cancer, among people with disabilities is limited. Current studies suggest that those with advanced disabilities are not being screened for cancer as often as the

able-bodied population with the exception of military veterans. Education, income, age, employment, screening history, tobacco use, activity level, disability level, and geography affected screening rates. Barriers include cost, access, health care provider discomfort, and physical and cognitive restraints. Future interventions to improve routine preventive cancer screenings rates could include specialized health care provider training, community interventions, emphasis on the value of health promotion and the specific health care needs of people with disabilities.

Moise, P. et Jacobzone, S. (2003). OECD study of cross-national differences in the treatment, costs and outcomes of ischaemic heart disease. *OECD Health Working Papers ; 3*. Paris OCDE: 72 , tabl., fig.
<http://www.oecd.org/dataoecd/30/56/2511003.pdf>

L'étude sur les maladies liées au vieillissement compare les tendances en matière de traitements et de résultats par type de maladie. La plupart des décisions prises quotidiennement et qui déterminent la performance des systèmes de soins de santé le sont au moment du traitement d'une maladie spécifique. Ainsi, lors de la comparaison de la performance des systèmes de soins de santé par maladie, le projet des maladies liées au vieillissement effectue une approche du bas vers le haut plutôt que l'approche plus habituelle, et va ainsi au coeur de la performance des systèmes de soins de santé. Ce document présente une telle analyse en ce qui concerne la cardiopathie ischémique. Les tendances dans les traitements préconisés varient considérablement d'un pays à l'autre pour les mêmes maladies et peuvent s'expliquer par des différences caractéristiques structurelles propre à chaque système de santé. Une analyse par type de maladie commence par l'examen de ces caractéristiques : les incitations économiques, les politiques et les réglementations qui influencent les décisions prises par des fournisseurs individuels dans le traitement d'une maladie spécifique et qui définissent l'approche de chaque système de santé. Afin d'évaluer correctement la performance des systèmes de santé, cette analyse doit s'accompagner d'un examen des conséquences qui résultent de ces tendances dans le domaine des traitements. Pour finir, l'analyse de la performance des systèmes de santé ne sera pas complète d'un point de vue économique sans une analyse du coût des approches des divers systèmes de santé face au traitement de la maladie. Ce document présente la cardiopathie ischémique. Les résultats montrent une variation importante dans les différents pays dans le choix d'interventions telles que des pontages coronariens et des angioplasties dans les différents pays, reproduisant ainsi les variations observées habituellement lors de comparaisons moins étendues. Cependant, ces variations ne trouvent pas leur explication dans les différences fondamentales en matière de demande d'interventions en cardiopathie ischémique, exprimée par le niveau de cardiopathie ischémique. Les taux d'intervention par angioplastie, par exemple, sont considérablement plus élevés en Belgique qu'au Royaume-Uni, malgré le niveau plus important de cardiopathies ischémiques chez ce dernier. Quelle peut être l'explication pour ces variations ? Les résultats montrent que la réglementation de la technologie dans le domaine des soins de santé peut en grande partie expliquer cette variation et à son tour peut fournir une explication en ce qui concerne des variations dans les dépenses de soins de santé pour la cardiopathie ischémique. Il n'est pas étonnant que les Etats-Unis, avec le plus fort taux d'interventions aussi bien pour les angioplasties, que pour les pontages coronariens, soit aussi le pays qui dépense le plus dans les soins de la cardiopathie ischémique, ce qui reflète le niveau du pays en ce qui concerne les dépenses globales de santé. Néanmoins dépenser plus pour traiter la cardiopathie ischémique ne se traduit pas forcément par de meilleurs résultats de santé. Aux Etats-Unis les taux de décès en ce qui concerne les personnes âgées sont plus bas que dans les autres pays, mais ceci n'est pas le cas pour le groupe d'âge plus jeune (40-60 ans), alors que plusieurs pays obtiennent des meilleurs résultats en dépensant moins dans le traitement de la cardiopathie ischémique. Ce rapport constitue un outil précieux pour la comparaison des modalités de traitement de la cardiopathie ischémique dans différents pays. Qui plus est, il représente un pas en avant pour améliorer notre compréhension de la performance des systèmes de santé à travers une analyse selon la maladie traitée.

Moise, P., Schwarzinger, M. et Um, M. Y. (2004). Dementia Care in 9 OECD countries : a comparative analysis. *OECD Health Working Papers ; 13*. Paris OCDE: 108 , tab.
<http://www.oecd.org/dataoecd/10/52/33661491.pdf>

Ce rapport compare la prise en charge des malades atteints de démence dans neuf pays, en s'intéressant plus particulièrement à la maladie d'Alzheimer. Il a pour objectif de permettre aux responsables des politiques de santé de mieux comprendre les diverses approches retenues par les pays de l'OCDE, afin de les aider à élaborer des politiques efficaces en la matière. Les pays concernés par l'étude sont : l'Australie, le Canada, la France, l'Allemagne, le Japon, la Suède, le Royaume-Uni et les Etats-Unis.

Moreira, L. (2018). Health literacy for people-centred care : Where do OECD countries stand? OECD Health Working Papers; 107. Paris OCDE: 52 ,fig., tabl.

www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-literacy-for-people-centred-care_d8494d3a-en

In the 2017 OECD Health Ministerial Statement, ministers agreed on the importance of addressing health literacy barriers to help health systems become more people centred. This paper sheds light on where OECD countries stand on that front. In the 21st century care, the old paradigm “because the doctor said so” no longer holds. Individuals are now seeking ways to understand their health options and take more control over their health decisions. But this is not an easy task. Professionals continue to use medical jargon, drug instructions are not always clear, and health information in clinical settings continue to be complex and challenging to navigate. Widespread access to digital technologies offset some of these barriers by democratising access to health information, providing new ways to improve health knowledge and support self care. Nonetheless, when health information is misused or misinterpreted, it can wrongly influence individuals’ preferences and behaviour, jeopardise their health, or put unreasonable demands on health systems. This paper finds that health literacy can help steer individuals’ behaviour in the right direction. Health education and empowerment help people become partners in the coproduction of health by enhancing communication and decisions in clinical settings, as well as increasing self care. This may contribute to better health outcomes. Ignoring health literacy can come at a high cost. In 18 OECD countries, at least one third of the population shows poor health literacy levels. In 12 of those countries, that proportion rises beyond 50% of the population. Current data suggests European individuals find particularly difficult to evaluate health information from media or judge pros and cons of different treatment options. Vulnerable populations, such as the elderly and lower educated, may be at more risk of low health literacy. This can't be ignored: low health skills are associated with increased hospitalisation, greater use of emergency care and lower adoption of preventive measures. A study in the United States shows additional costs of low health literacy range between 3 to 5% of the total health care cost per year. Countries recognise that addressing HL barriers goes beyond promoting literacy skills and health education in schools, or implementing community counselling and training courses. Health literacy is also facilitated in interaction with health systems, such as through clear and easy communication with professionals, but also accessible and evidence based information in websites, media campaigns, and patient portals. While countries are moving in the right direction, more efforts are needed to regularly update knowledge and skills of individuals. First, countries could improve the role of health systems in promoting HL and place greater emphasis in multi-stakeholder action. Second, develop more robust research on what are effective interventions. Third, strengthen international development in sharing best practices and develop innovative solutions. Fourth, improve data infrastructure by enhancing HL measurement surveys. Dans la déclaration ministérielle de l'OCDE sur la santé de 2017, les ministres ont convenu de l'importance de supprimer les obstacles à la littératie en santé pour aider les systèmes de santé à se centrer davantage sur les personnes. Ce document met en lumière la position des pays de l'OCDE sur ce front. Au XXI^e siècle, le vieux paradigme « parce que le médecin l'a dit » ne tient plus. Les individus cherchent maintenant des moyens de comprendre leurs options de santé et de mieux contrôler leurs décisions en matière de santé. Mais ce n'est pas une tâche facile. Les professionnels continuent à utiliser le jargon médical, les instructions concernant les médicaments ne sont pas toujours claires et les informations sur la santé en milieu clinique restent complexes et difficiles à s'y retrouver. L'accès généralisé aux technologies numériques élimine certains de ces obstacles en démocratisant l'accès à l'information sur

OCDE (2015). Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care, Paris : OCDE

This report examines how countries perform in their ability to prevent, manage and treat cardiovascular disease (CVD) and diabetes. The last 50 years have witnessed remarkable improvements in CVD outcomes. Since 1960, overall CVD mortality rates have fallen by over 60%, but these improvements are not evenly spread across OECD countries, and the rising prevalence of diabetes and obesity are threatening to offset gains. This report examines how OECD countries deliver the programmes and services related to CVD and diabetes. It considers how countries have used available health care resources to reduce the overall burden of CVD and diabetes, and it focuses on the variation in OECD health systems' ability to convert health care inputs (such as expenditure) into health gains.

OCDE (2015). *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. Paris OCDE: 173, tabl., fig.

http://www.oecd-ilibrary.org/employment/fit-mind-fit-job_9789264228283-en

The costs of mental ill-health for individuals, employers and society at large are enormous. Mental illness is responsible for a very significant loss of potential labour supply, high rates of unemployment, and a high incidence of sickness absence and reduced productivity at work. Following an introductory report (*Sick on the Job: Myths and Realities about Mental Health and Work*) and nine country reports, this final synthesis report summarizes the findings from the participating countries and makes the case for a stronger policy response.

OCDE (2019). *Promoting Healthy Ageing. Background report for the 2019 Japanese G20 Presidency*. Paris OCDE: 41, tab.

<https://www.oecd.org/g20/topics/global-health/G20-report-promoting-healthy-ageing.pdf>

Ce document de l'OCDE présente trois grandes séries de recommandations visant à promouvoir le vieillissement actif et en bonne santé. Trois conclusions sont également mises de l'avant par les auteurs, soit : 1) le vieillissement de la population a des implications majeures pour les systèmes économiques et sociaux; 2) promouvoir le vieillissement en bonne santé a des retombées positives importantes; 3) les politiques permettant d'atteindre le vieillissement en bonne santé exigent l'adoption d'une approche « tout au long de la vie ».

OCDE (2020). *Flattening the COVID-19 peak: Containment and mitigation policies*. Paris OCDE.

[https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=124_124999-yt5ggxirhc&title=Flattening the COVID-19 peak-Containment and mitigation policies](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=124_124999-yt5ggxirhc&title=Flattening_the_COVID-19_peak-Containment_and_mitigation_policies)

COVID-19 cases have grown rapidly in a growing number of countries, triggering bold policy responses. This document focuses on containment and mitigation measures to flatten the peak of COVID-19 and thus decrease as much as possible its huge strain on health care systems. The brief explains what containment and mitigation measures are, why there is a need to adopt a package of measures to enhance their overall impact, and then presents evidence on the relative effectiveness of each main measure, drawing from previous episodes of epidemic outbursts, largely to inform on a possible exit strategy once the virus is under control. Access the Country Policy Tracker to navigate the global response.

OCDE (2021). *Preventing harmful alcohol use. OECD Health Policy Studies*. Paris OCDE: 340.

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/preventing-harmful-alcohol-use_6e4b4ffb-en

One in three adults has engaged in binge drinking at least once in the previous month, and one in five teenagers has experienced drunkenness by age 15. Harmful patterns of alcohol consumption have far-reaching consequences for individuals, society and the economy. Using microsimulation modelling, this book analyses the cost of alcohol consumption in 52 countries (including OECD, European Union and G20 countries), showing how alcohol-related diseases reduce life expectancy, increase health care costs, decrease workers' productivity and lower GDP. While recognising the importance of the alcohol

industry in many countries, the report makes a strong economic case for enhancing policies to tackle harmful alcohol consumption.

OMS (2014). Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Genève Editions de l'OMS
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf

C'est la première fois que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie un rapport en la matière. Ce document rassemble les connaissances acquises dans le domaine afin de faciliter l'action immédiate. Il vise à accroître la prise de conscience du véritable enjeu de santé publique que représentent le suicide et les tentatives de suicide et à faire figurer la prévention du suicide en meilleure place dans les priorités mondiales de santé publique. Il a pour objectif d'encourager les pays à développer ou renforcer leurs stratégies globales de prévention du suicide selon une approche multisectorielle de la santé publique.

OMS (2016). Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS. Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe: 37 , tabl.

Le Bureau Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lance un nouveau plan d'action relatif aux maladies non transmissibles. Le plan a pour objectifs d'éviter les décès prématurés et de réduire de façon significative la charge de morbidité due aux maladies non transmissibles. Cet objectif sera notamment poursuivi par la mise en œuvre des mesures coordonnées, et plus largement par l'amélioration de la qualité de vie en recherchant une répartition plus équitable de l'espérance de vie en bonne santé. L'approche stratégique développée par ce plan relève d'une approche globale s'appuyant sur trois niveaux d'interventions que sont : les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies, le ciblage des groupes et des individus à haut risque, l'amélioration de la couverture des traitements et des soins efficaces dans la population. A l'occasion du lancement de ce plan, l'Organisation a souligné le besoin urgent de mesures politiques communes afin que la région Europe atteigne les objectifs mondiaux en matière de réduction de la consommation de tabac, et de lutte contre la sédentarité et de l'obésité.

OMS (2019). Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe: 49 , fig.

<http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/environmental-health-inequalities-in-europe.-assessment-report>

Per capita alcohol consumption in the WHO European Region, including the European Union (EU), is the highest in the world, which results in proportionally higher levels of burden of disease attributable to alcohol use compared to other regions. While there have been welcome improvements in terms of overall mortality and alcohol-attributable mortality in EU+ countries (EU Member States, Norway and Switzerland), there was no statistically significant decline in total alcohol per capita consumption between 2010 and 2016 and the observed decreases in heavy episodic drinking seem to have come to a halt. Assessment of alcohol policies in the 10 areas defined in the European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020 revealed huge variability across the countries, including the implementation of the three WHO "best buys" policy measures to reduce noncommunicable diseases related to alcohol. Countries scored relatively low on reducing the negative consequences of drinking and alcohol intoxication and very low in pricing policies, and scored generally high in the areas of leadership, awareness and commitment, drink-driving policies and countermeasures, and monitoring and surveillance. Further steps are needed to maintain reductions in alcohol-attributable harm, specifically in the implementation of evidence-based alcohol policies to decrease levels of per capita alcohol consumption and heavy episodic drinking.

OMS (2019). WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: offering help to quit tobacco use. Genève OMS: 208 , tab., graph., fig.

https://www.who.int/tobacco/global_report/en/

The report "Offering help to quit tobacco use" tracks the status of the tobacco epidemic and interventions to combat it. The report finds that more countries have implemented tobacco control policies, ranging from graphic pack warnings and advertising bans to no smoking areas. About 5 billion people - 65% of the world's population - are covered by at least one comprehensive tobacco control measure, which has more than quadrupled since 2007 when only 1 billion people and 15% of the world's population were covered.

OMS (2019). World report on vision. Genève OMS: 180.

<https://www.who.int/fr/news-room/detail/08-10-2019-who-launches-first-world-report-on-vision>

À l'échelle mondiale, plus d'un milliard de personnes vivent avec une déficience visuelle parce qu'elles ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin pour des affections comme la myopie, la presbytie, le glaucome ou la cataracte. Tel est le constat du premier rapport mondial sur la vision publié par l'Organisation mondiale de la santé. Lancé en amont de la Journée mondiale de la vue, qui a eu lieu le 10 octobre 2019, ce rapport constate que le vieillissement des populations, l'évolution des modes de vie et les problèmes d'accès aux soins oculaires, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, comptent parmi les principaux facteurs responsables de l'augmentation du nombre des personnes atteintes de troubles visuel.

OMS (2020). Alcool et cancer dans la Région européenne de l'OMS : Appel à une meilleure prévention, Copenhague: OMS

<https://www.euro.who.int/fr/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2020/alcohol-and-cancer-in-the-who-european-region-an-appeal-for-better-prevention-2020>

Cette fiche d'information apporte de nouveaux renseignements et de nouvelles directives sur les liens entre alcool et différents cancers, y compris certains des types les plus courants, tels que le cancer du sein et le cancer colorectal, à l'intention de ceux qui élaborent et mettent en œuvre des politiques de santé publique. Elle présente également des stratégies visant à réduire le fardeau du cancer imputable à l'alcool dans la Région européenne de l'OMS, en précisant qu'il existe des preuves solides que la mise en œuvre de politiques de lutte contre l'alcoolisme présentant un bon rapport coût-efficacité, y compris des politiques de tarification (ou politiques qui augmentent le prix de l'alcool), permettra d'atteindre cet objectif.

OMS (2022). Lignes directrices de l'OMS sur la santé mentale au travail. Genève OMS: 14.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/363208/9789240058323-fre.pdf>

Dans ces lignes directrices, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fournit des orientations de santé publique mondiale fondées sur des bases factuelles relatives aux interventions organisationnelles, à la formation du personnel d'encadrement et des travailleurs

OMS (2022). WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe: 220.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>

Obesity is one of the key risk factors for many noncommunicable diseases (NCDs). Overweight and obesity affect almost 60% of adults and nearly one in three children (29% of boys and 27% of girls) in the WHO European Region. Recent estimates suggest that overweight and obesity is the fourth most common risk factor for NCDs in the Region, after high blood pressure, dietary risks and tobacco. It is also the leading risk factor for disability, causing 7% of total years lived with disability, and obesity is linked to greater morbidity and mortality from COVID-19. Early studies from a number of countries in the Region indicate that the prevalence of overweight and obesity and/or mean body mass index has increased in children and adolescents during the COVID-19 pandemic. This report examines the growing challenge and impact of obesity in the Region, building on past publications and aligning with initiatives to tackle cancer. The report focuses on managing obesity throughout the life course and tackling obesogenic environments; it also considers more recent challenges, including problematic

digital marketing to children and the impact of the COVID-19 pandemic on obesity prevalence. Policy options to prevent obesity are outlined for consideration by Member States together with a suite of population-level approaches. The report highlights the importance of including prevention and control of obesity within measures to build back better in the wake of the COVID-19 pandemic. Addressing obesity is critical towards achieving the Sustainable Development Goals and is a priority in the European Programme of Work 2020–2025: United Action for Better Health.

OMS (2022). World Mental Health Report. Transforming mental health for all. Genève OMS: 272.
<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>

Mental health is critically important to everyone, everywhere. All over the world, mental health needs are high but responses are insufficient and inadequate. The World mental health report: transforming mental health for all is designed to inspire and inform better mental health for everyone everywhere. Drawing on the latest evidence available, showcasing examples of good practice from around the world, and voicing people's lived experience, it highlights why and where change is most needed and how it can best be achieved. It calls on all stakeholders to work together to deepen the value and commitment given to mental health, reshape the environments that influence mental health, and strengthen the systems that care for mental health.

OMS et OIT (2022). Caring for those who care: Guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers. Genève OMS ; Genève OIT: 124.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240040779>

Occupational health and safety programmes aim to prevent diseases and injuries arising out of, linked with or occurring in the course of work, while improving the quality and safety of care, safeguarding the health workforce and promoting environmental sustainability in the health sector. This guide provides an overview of the key elements of occupational health and safety programmes for health workers at national, subnational and facility levels, as well as advice for the development and implementation of such programmes.

Organisation Mondiale de la Santé. (2015). World Report on Aging and Health. Genève, OMS: XII+246p.

Aujourd'hui pour la première fois dans l'histoire, la majorité des populations peuvent espérer vivre jusqu'à 60 ans et au-delà. Combinée à une baisse marquée des taux de fécondité, cette augmentation de l'espérance de vie conduit à un vieillissement rapide des populations partout dans le monde. Il s'agit là d'un profond bouleversement et ses répercussions sont considérables. Une action globale de santé publique en matière de vieillissement de la population est nécessaire de toute urgence. Cela nécessitera des changements fondamentaux, et pas uniquement dans ce que nous réalisons, mais dans la façon dont nous concevons le vieillissement lui-même. Le rapport mondial sur le vieillissement et la santé définit un cadre d'action pour favoriser le vieillissement en bonne santé, construit autour du nouveau concept des capacités fonctionnelles. Cela exigera une transformation des systèmes de santé s'éloignant des modèles curatifs basés sur la maladie pour préconiser la prestation de soins intégrés et centrés sur la personne âgée (résumé de l'éditeur).

Rechel, B., Maresso, A., Sagan, A., et al. (2018). The role of public health organizations in addressing public health problems in Europe: The case of obesity, alcohol and antimicrobial resistance. Health Policy Series; 51. Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe: xii+104 ,tabl., fig.
<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/the-role-of-public-health-organizations-in-addressing-public-health-problems-in-europe-the-case-of-obesity,-alcohol-and-antimicrobial-resistance-2018>

Growing levels of obesity (including among children), continued harmful consumption of alcohol, and the growing threat of antimicrobial resistance (AMR) are some of the greatest contemporary challenges to the health of European populations. While their magnitude varies from country to country, all are looking for policy options to contain these threats to population health. It is clear that public health organizations must play a part in any response, and that intersectoral action beyond the

health system is needed. What is less clear, however, is what role public health organizations currently play in addressing these problems. This is the gap that this volume aims to fill. It is based on detailed country reports from nine European countries (England, France, Germany, Italy, the Republic of Moldova, the Netherlands, Poland, Slovenia and Sweden) on the involvement of public health organizations in addressing obesity, alcohol and antimicrobial resistance. These reports explore the power and influence of public health organizations vis-a-vis other key actors in each of the stages of the policy cycle (problem identification and issue recognition, policy formulation, decision-making, implementation, and monitoring and evaluation). A crosscountry comparison assesses the involvement of public health organizations in the nine countries covered. It outlines the scale of the problem, describes the policy responses, and explores the role of public health organizations in addressing these three public health challenges.

Richardson, E., Zaletel, J. et Nolte, E. (2016). National Diabetes Plans in Europe - What lessons are there for the prevention and control of chronic diseases in Europe? Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe: 22 , tabl. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/diabetes/publications/2016/national-diabetes-plans-in-europe-what-lessons-are-there-for-the-prevention-and-control-of-chronic-diseases-in-europe>

The rising burden of diabetes poses important public health challenges to health systems today. Although countries in Europe have made progress towards developing a systematic policy response, there is still variation in the investment in and implementation of comprehensive strategies for the prevention and treatment of diabetes. Drawing on a mapping of national diabetes plans (NDPs) in Europe that was undertaken as part of the EU Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS), this policy brief identifies a range of factors that appear to facilitate the development, implementation and sustainability of national diabetes plans. Making diabetes a political priority – either specifically or as part of broader non-communicable disease (NCD) strategies more broadly - has proven critical for the development and implementation of NDPs.

Rodriguez-Rincon, D., Leach, B., D'Angelo, C., et al. (2019). Factors affecting access to treatment of early breast cancer: Case studies from Brazil, Canada, Italy, Spain and UK. Santa Monica Rand Corporation: 65 , annexes, tabl. https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR3010z4.html

RAND Europe conducted a study on the societal impact of early breast cancer. This study was divided into three interconnected phases, which together aim to enrich the evidence base on the broader health, societal and economic impacts of treatment of early breast cancer, using a mixed methods approach. In the third phase of our programme we undertook a qualitative study using desk research and key informant interviews to explore the factors affecting access to and delivery of treatment for early breast cancer in order to identify what works and what can be improved. We focused on five countries (Brazil, Canada, Italy, Spain and the United Kingdom), and also present insights at a supranational level — for example policy and practice in the European Union — and make broader comments on factors affecting low and middle-income countries. We found that differences within countries are often related to regional discrepancies that arise from a decentralised structure of the healthcare system that has an impact on the financing, implementation, and/or delivery of care. We found that cultural and socioeconomic factors, such as a person's education or income, also affect equal access to treatment within an individual country. In all countries considered, breast cancer is a disease that benefits from strong patient advocacy, which has played an important role in raising the profile of breast cancer with patients, policymakers and the public, both at a national and international level. However, there is still little awareness of the impact of disease progression on society.

Roquelaure, Y. (2015). "Les troubles musculo-squelettiques : un enjeu majeur de prévention des risques professionnels en Europe." *Etui Policy Brief*(9): 4.

<https://www.etui.org/fr/Publications2/Policy-Briefs/European-Economic-Employment-and-Social-Policy/Les-troubles-musculo-squelettiques-un-enjeu-majeur-de-prevention-des-risques-professionnels-en-Europe>

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont le premier problème de santé au travail dans l'Union européenne. Ils témoignent de l'intensification des conditions de travail qui affecte un nombre croissant de travailleurs de l'industrie et des services. Leur répercussion en termes de souffrance et d'interruption des parcours professionnels en fait une priorité de santé au travail. Leur prévention doit être globale et intégrer des dimensions médicales, ergonomiques, sociales, économiques et politiques afin de bâtir les conditions d'un travail soutenable tout au long de la vie professionnelle. La négociation et la mise en œuvre de nouvelles législations européennes pour développer des modèles de production plus durables et plus responsables socialement sont des enjeux syndicaux cruciaux.

Sassi, F. (2010). *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*. Paris OCDE: 290 , tabl., graph., fig.

This report examines the scale and characteristics of the current obesity epidemic, the respective roles and influences of market forces and governments, and the impact of interventions to tackle obesity. Its report presents for the first time analyses and comparisons of the most detailed data on obesity available from 11 OECD countries. It includes a unique analysis of the health and economic impact of a range of interventions to tackle obesity in 5 countries, carried out jointly by the OECD and the World Health Organization. Obesity has risen to the top of the public health policy agenda worldwide. Before 1980, rates were generally well below 10%. They have since doubled or tripled in many countries, and in almost half of the OECD, 50% or more of the population is overweight. A key risk factor for numerous chronic diseases, obesity is a major public health concern. There is a popular perception that explanations for the obesity epidemic are simple and solutions within reach. But the data reveal a more complicated picture, one in which even finding objective evidence on the phenomenon is difficult. Policy makers, health professionals and academics all face challenges in understanding the epidemic and devising effective counter strategies. This book contributes to evidence-based policy making by exploring multiple dimensions of the obesity problem. It examines the scale and characteristics of the epidemic, the respective roles and influence of market forces and governments, and the impact of interventions. It outlines an economic approach to the prevention of chronic diseases that provides novel insights relative to a more traditional public health approach

Sassi, F., Cecchini, M., Lauer, J., et al. (2009). *Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies*. *OECD Health Working Paper; 48*. Paris OCDE: 102 , tabl., graph., annexes. [http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00006EF2/\\$FILE/JT03274746.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00006EF2/$FILE/JT03274746.PDF)

Les taux de surpoids et d'obésité ne cessent d'augmenter depuis plusieurs décennies dans tous les pays industrialisés, ainsi que dans beaucoup de pays ayant un revenu plus faible. Les analyses consacrées par l'OCDE aux tendances structurelles confirment le sombre tableau qui a été brossé dans les publications internationales, tout comme le font les prévisions établies sur les taux de surpoids et d'obésité pour les dix prochaines années. Les conditions dans lesquelles vivent les individus depuis vingt ou trente ans, notamment sur le plan matériel, social et économique, ont très fortement influé sur leur ration calorique globale, la composition de leur alimentation, ainsi que la fréquence et l'intensité de leur activité physique au travail, à la maison et pendant les loisirs. Beaucoup de pays sont préoccupés non seulement par le rythme auquel progressent le surpoids et l'obésité, mais aussi par le caractère inégal de leur répartition entre les catégories sociales, en particulier selon la situation socioéconomique et l'origine ethnique. En collaboration avec l'OMS, l'OCDE a procédé, à partir d'un modèle, à l'évaluation de plusieurs actions destinées à prévenir les maladies chroniques par l'amélioration de l'alimentation et l'augmentation de l'activité physique. Cet exercice s'est appuyé dans l'ensemble sur la méthode WHO-CHOICE (CHOosing Interventions that are Cost-Effective). Son but était d'apprécier l'efficacité de diverses mesures envisageables pour lutter contre les mauvaises habitudes de vie et les affections chroniques ayant un rapport avec elles. De plus, par comparaison avec le système CHOICE classique, cette analyse avait pour objet d'apprécier l'impact des stratégies de prévention sur la répartition des coûts et des résultats en matière de santé.

Singh, V., Kumar, A. et Gupta, S. (2022). "Mental Health Prevention and Promotion-A Narrative Review." PLoS Med **13**: 898009.

Extant literature has established the effectiveness of various mental health promotion and prevention strategies, including novel interventions. However, comprehensive literature encompassing all these aspects and challenges and opportunities in implementing such interventions in different settings is still lacking. Therefore, in the current review, we aimed to synthesize existing literature on various mental health promotion and prevention interventions and their effectiveness. Additionally, we intend to highlight various novel approaches to mental health care and their implications across different resource settings and provide future directions. The review highlights the (1) concept of preventive psychiatry, including various mental health promotions and prevention approaches, (2) current level of evidence of various mental health preventive interventions, including the novel interventions, and (3) challenges and opportunities in implementing concepts of preventive psychiatry and related interventions across the settings. Although preventive psychiatry is a well-known concept, it is a poorly utilized public health strategy to address the population's mental health needs. It has wide-ranging implications for the wellbeing of society and individuals, including those suffering from chronic medical problems. The researchers and policymakers are increasingly realizing the potential of preventive psychiatry; however, its implementation is poor in low-resource settings. Utilizing novel interventions, such as mobile-and-internet-based interventions and blended and stepped-care models of care can address the vast mental health need of the population. Additionally, it provides mental health services in a less-stigmatizing and easily accessible, and flexible manner. Furthermore, employing decision support systems/algorithms for patient management and personalized care and utilizing the digital platform for the non-specialists' training in mental health care are valuable additions to the existing mental health support system. However, more research concerning this is required worldwide, especially in the low-and-middle-income countries.

Smeltzer, S. (2006). "Preventive health screening for breast and cervical cancer and osteoporosis in women with physical disabilities." Family & Community Health **29**(1 Suppl): 35S-43S.

Although the Americans With Disabilities Act was enacted 15 years ago in an effort to improve access of people with disabilities to a broad range of services, women with physical disabilities continue to receive less preventive health screening than women without disabilities and less than is recommended. Furthermore, women with more severe disabilities undergo less screening than those with mild or moderate severity of disability. This article reviews findings of studies on health screening for breast and cervical cancer and osteoporosis in women with physical disabilities and identifies practice and research implications on the basis of those findings to improve the health status of women with physical disabilities.

Wijnhoven, T., Van , Raaj, J. et Breda, J. (2014). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative. Implementation of round 1 (2007/2008) and round 2 (2009/2010), Copenhagen : OMS - Bureau régional de l'Europe
<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/disease-prevention/nutrition/publications/2014/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative>

La surveillance nutritionnelle chez les enfants d'âge scolaire, moyennant la mesure du poids et de la taille, n'est pas une pratique commune dans la Région européenne de l'OMS. Lors de la première consultation menée avec les États membres dans le cadre du processus préparatoire en vue de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité en 2006, les pays ont reconnu la nécessité de mettre en place des systèmes de surveillance harmonisés chez les enfants des écoles primaires sur lesquels pourra s'appuyer l'élaboration des politiques dans la Région. L'OMS/Europe a lancé l'Initiative pour la surveillance de l'obésité infantile (COSI, pour Childhood Obesity Surveillance Initiative) en réponse à ce besoin. Celle-ci vise à mesurer les tendances du surpoids et de l'obésité chez les enfants âgés de 6 à 9,9 ans afin de suivre la progression de l'épidémie et d'inverser la tendance à cet égard, et de permettre des comparaisons entre les pays de la Région. Il

s'agit du premier rapport officiel de l'OMS sur la mise en œuvre de l'initiative COSI dans le cadre de 2 volets de collecte de données (années scolaires 2007/2008 et 2009/2010) dans les 16 pays participants. Le rapport applique la technique des forces, des faiblesses, des possibilités et des risques (analyse SWOT) pour évaluer la mise en œuvre de l'initiative, et décrit l'expérience acquise, les difficultés rencontrées et les obstacles surmontés par les pays participants (résumé de l'éditeur).

Coût de la prévention en France : des études pertinentes, mais des écueils pour un chiffrage global

FOCUS : UNE ESTIMATION DES DEPENSES DE PREVENTION

Les dépenses de prévention dans les comptes de la santé en France

Les dépenses de prévention sont par nature difficiles à appréhender. Les comptes de la santé retracent chaque année la prévention dite « institutionnelle » c'est-à-dire celle financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux et départementaux. Elle ne représente toutefois qu'une partie des dépenses de santé à visée préventive. Les autres actes de prévention financés par l'assurance maladie et les ménages sont disséminés dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

Un [éclairage publié dans les comptes de la santé 2016](#)⁶ propose une estimation partielle des dépenses de prévention en France pour les années 2012 à 2014. Le champ étudié couvre une grande partie des soins de ville (hors soins prodigués par les sages-femmes et les auxiliaires médicaux et hors cures thermales), ainsi que l'ensemble des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux). A la différence des travaux publiés il y a deux ans, cette nouvelle estimation est complétée par les dépenses préventives réalisées à l'hôpital en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO).

Selon cette étude, peuvent être isolés, au sein de la CSBM et à ce stade des travaux, 9,3 milliards d'euros de dépenses préventives en 2014, dont 6,7 milliards d'euros pris en charge par l'assurance maladie. Au total, les dépenses de prévention sanitaire représenteraient au moins 4,8 % de la CSBM. Dans les dépenses de prévention qui ont pu être estimées, la consommation de médicaments à titre préventif occupe la première place (45 %), suivie des consultations, visites et actes à visée préventive réalisés par les médecins (25 %). Au total, les dépenses de prévention, qu'elles soient institutionnelles ou non, s'élèveraient à 15,1 milliards d'euros en 2014, soit 5,9 % de la dépense courante de santé. Selon ces estimations provisoires, ces dépenses auraient diminué en moyenne de 1,2 % par an entre 2012 et 2014 : la prévention au sein de la CSBM aurait reculé de 2,6 % par an et la prévention institutionnelle aurait augmenté de 1,1 %. La baisse de la prévention dans la CSBM s'explique principalement par des effets prix négatifs sur les dépenses de biologie et de médicaments. Ces dernières représentent la part la plus importante des dépenses préventives et ont diminué de 7,0 % par an entre 2012 et 2014. La baisse des dépenses de médicaments est liée notamment à la générication de certains traitements, ainsi qu'à la baisse de la consommation de pilules de troisième et quatrième générations et des ventes d'anti-tabac.

Un second éclairage est paru dans [les dépenses de santé 2017](#)⁷. Au total, les dépenses de prévention, qu'elles soient institutionnelles ou non, s'élèveraient au moins à 14,9 milliards d'euros en 2016, soit au moins 5,5 % de la dépense courante de santé. Sur le champ retenu ici, ces dépenses auraient diminué en moyenne de 1,0 % par an entre 2012 et 2016 : la prévention au sein de la CSBM aurait reculé de 1,9 % par an et la prévention institutionnelle augmenté de 0,3 %. La baisse des dépenses de prévention non institutionnelle s'explique en partie par des effets prix négatifs sur les dépenses de biologie et de médicaments, plus marqués que pour l'ensemble de la CSBM, les volumes restant globalement stables. Les dépenses de médicaments représentent la part la plus importante des dépenses préventives et ont diminué de 5,9 % par an entre 2012 et 2016. La baisse des dépenses de médicaments est liée notamment à la diffusion des génériques pour certains

⁶ Grangier, Guibert (2016)

⁷ Comptes partiels de la prévention entre 2012-2016. In : les dépenses de santé en 2017.

traitements, ainsi qu'à la baisse de la consommation de pilules de troisième et quatrième générations et des ventes des traitements visant à faire baisser le taux sanguin de cholestérol

Cependant, ces chiffres sous-estiment probablement encore le poids des dépenses de prévention. En effet, au sens de la comptabilité nationale, les dépenses de prévention comprennent seulement la consommation de médecine préventive, la prévention collective et le contrôle sanitaire.

La médecine préventive recouvre le coût des services intervenant pour : la médecine du travail, la médecine scolaire, la protection maternelle et infantile, les missions instaurées par l'Etat à savoir la lutte contre les maladies infectieuses, l'alcoolisme, le tabac, la toxicomanie, le sida ; les autres missions assurées par les collectivités locales, vaccinations, planning familial, lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes et le cancer.

La prévention collective et le contrôle sanitaire recouvrent le coût des actions de prévention pour : le contrôle des eaux, le contrôle sanitaire aux frontières, les campagnes d'information et d'éducation de la santé, les actions et programmes du ministère chargé de la santé, les dépenses des bureaux municipaux d'hygiène, les dépenses des fonds nationaux de prévention de la sécurité sociale.

Les dépenses de prévention à travers d'autres études

*L'étude de N. Pelletier-Fleury, N. Hersent et G. de Pourville (2000)*⁸, financée par le RSI (ex Canam), s'efforce, sur la base du rapport « Medicam », de repérer pour l'année 2000, les médicaments prescrits à titre préventif et d'analyser la part qu'ils représentent, en valeur et en volume, dans les dépenses d'assurance maladie. Sur les médicaments les plus prescrits en valeur, la part de ceux prescrits à titre préventif est estimée à 22 % du montant total remboursé par le régime général. Selon les auteurs, réintégrer cette part dans les dépenses de médecine préventive contribuerait à relever de 2 points la part de la médecine préventive dans la consommation médicale totale.

*L'étude menée par BLK-Cemka (2003)*⁹ a porté sur une évaluation des dépenses de la prévention en médecine générale au cours de l'année 1999. Cette étude a été réalisée pour la compte de la Drees à partir d'un panel de 620 médecins, 722 639 patients ; 2 410 182 consultations. Les résultats montrent que 63 % des consultations en médecine générale comprennent un diagnostic de prévention (hypertension, hyperlipidémie...). Selon cette étude, après extrapolation à l'ensemble de la France, l'activité libérale de prévention des médecins généralistes auraient représenté, en 1999, 15 % environ des dépenses de consultation.

*L'étude conjointe de la Drees et de l'Irdes (2003)*¹⁰ conclut aussi à une réévaluation des actes de prévention. Par rapport à la définition épidémiologiste de la prévention, les auteurs excluent les actes relatifs à la prévention tertiaire au motif que la prévention des complications des maladies couvre en grande partie des soins curatifs. En revanche, ils ajoutent aux actes de prévention classiques (tels que la vaccination, les examens généraux de population, le dépistage) la prise en charge de six principaux facteurs de risque sans complications de maladies cardiovasculaires ou de cancer (hypertension artérielle, hyperlipidémie, obésité, alcool, tabac...), ainsi que des actes relatifs à la contraception, le suivi de grossesse non compliquée, la prévention de l'ostéoporose à la ménopause. La méthode consiste à identifier au sein du poste « Consommation de soins et biens médicaux », la prise en charge de certains facteurs de risque, les actes relatifs à la ménopause et à la procréation. Sur cette base, le montant consacré aux dépenses de prévention est réévalué à 9 milliards d'euros pour l'année 1998, soit 7 % de la dépense courante de santé ; 44 % de ces dépenses sont imputables directement aux traitements préventifs et au dépistage de certaines maladies ; 40 % sont attribuables au traitement des six facteurs de risque considérés (hypertension, diabète, hyperlipidémie, obésité, alcool et tabac) ; 8 % sont relatifs à la grossesse normale, à la contraception et à la prévention de l'ostéoporose liée à la ménopause.

En conclusion : ces trois études aboutissent à une réévaluation importante des dépenses de prévention par rapport aux données des comptes de la santé. On peut penser qu'elles sous-estiment encore ces dépenses, du fait de la difficulté évidente à chiffrer les efforts individuels de la prévention.

Les documents-clefs

⁸ Pelletier-Fleury N., Hersent N., de Pourville G. (2000), Les comptes de la prévention. Document de travail du Cregas

⁹ Cash et al., Journal d'Economie Médicale, 21 (6)

¹⁰ [Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France](#) (Drees- Irdes, 2006)

Les comptes de la santé (Drees)

- Comptes partiels de la prévention entre 2012 et 2016. Les dépenses de santé en 2017 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2018.,
- Une estimation partielle des dépenses de prévention sanitaire in : Comptes de la santé (Drees) 2015
- Une estimation partielle des dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux en 2012. in : Comptes de la santé (Drees) 2013

Cour des Comptes (2021). La prévention en France.

HCAAM (2017). Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé.

Les dépenses de prévention : Rapport (Irdes), 2008)

Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France (Drees- Irdes, 2006)

L'économie de la prévention. Revue Economique, 2004, 55 (4)

Etude du cabinet BLK-Cemka (2003) réalisée pour le compte de la Drees (cf article de Cash et al. – Journal d'Economie Médicale, 21 (6)

Etude de Pelletier-Fleury, Hersent et de Pouvourville (2000) financée par le RSI (ex Canam).

➤ Voir aussi sur le site d'Ameli : Data pathologies : la cartographie des dépenses par maladie

ÉTUDES GLOBALES

(2008). "Quelles dépenses de prévention en France ?" REVUE PRESCRIRE 27(292): 145.

En France, les dépenses de prévention ont été comptabilisées pour environ 2% dans les Comptes nationaux de la santé en 2002. En réalité, ces dépenses sont estimées à 6,4% de l'ensemble des dépenses de santé, lorsque l'on prend en compte les actes préventifs réalisés dans la prévention médicale courante. Plus de la moitié des dépenses de prévention sont affectées à la prévention primaire des maladies. Le reste est partagé à peu près également entre dépistages et prise en charge des facteurs de risque et des formes précoces de maladies.

(2014). Une estimation partielle des dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux en 2012. Les Comptes nationaux de la santé : édition 2013., Paris : Ministère chargé de la Santé: 209-213, tab., graph., fig.

Le rapport sur les comptes de la santé 2013 comporte un chapitre sur une estimation partielle des dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux en 2012. La Drees a engagé, avec l'appui de la Cnamts, une série de travaux destinés à améliorer et à compléter l'estimation des dépenses de prévention en France. Dans la fiche B5 du rapport, les comptes de la santé retracent les dépenses de prévention institutionnelle, c'est-à-dire organisée et financée via des fonds et programmes de prévention nationaux ou départementaux. Or, une partie non négligeable de la prévention fait partie intégrante des soins courants et est à ce titre comptabilisée dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Cet éclairage propose d'évaluer l'ordre de grandeur des dépenses de prévention au sein de la CSBM pour l'année 2012, sur un champ restreint à ce stade de l'analyse par rapport à la précédente estimation proposée par l'IRDES pour l'année 2002. Le champ étudié couvre une grande partie des soins de ville (hors soins prodigués par les sages-

femmes et auxiliaires médicaux et hors cures thermales) ainsi que l'ensemble des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux). L'évaluation provisoire ainsi obtenue aboutit à un montant d'environ 8,5 milliards d'euros de dépenses de prévention en 2012, dont 6,2 milliards d'euros seraient pris en charge par l'assurance maladie.

(2016). Les dépenses de santé en 2015 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2016. Panorama de la Drees Santé. Paris Ministère chargé de la Santé: 213 , tab., graph., fig.

En 2015, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est de 194,6 milliards d'euros. Elle progresse de 1,8 %, soit légèrement moins rapidement que le PIB en valeur (+1,9 %), contrairement à la période 2012-2014 où sa croissance était supérieure à celle du PIB. La France consacre, au total, 11 % de son PIB à la santé, tout comme la Suède, l'Allemagne et les Pays-Bas. La Sécurité sociale finance plus des trois quarts de la CSBM et les organismes complémentaires 13,3 %. La part restant à la charge des ménages recule pour la quatrième année consécutive et atteint 8,4 % en 2015. Les ménages consacrent ainsi un peu moins de 250 euros par habitant à leur consommation de santé, soit moins que la plupart de leurs voisins européens. Les dépenses de santé en 2015 – édition 2016 présentent également un éclairage sur les dépenses de prévention sanitaire, qui représenteraient plus de 4,8 % de la CSBM, en 2014.

About, N., Evin, C., Hiriët, C., et al. (2003). Quelle place et quel financement pour la prévention dans une politique de santé publique ? Rencontres parlementaires "Santé Société Entreprise" : actes., Paris, Altedia Santé.

Énoncée comme la première priorité parmi les cinq grandes orientations définies par Jean-François Mattéi, la prévention s'impose de plus en plus comme un réel enjeu de santé publique. Tel est donc la thématique des rencontres parlementaires "Santé Société Entreprise" de janvier 2003. En effet si au cours des dernières années, la santé a connu des progrès considérables en favorisant l'espérance et la qualité de vie, l'importance de la mortalité prématurée, la faiblesse de la couverture vaccinale, l'inégalité sociale devant la santé sont dues à un manque de prévention sur les causes en amont du système de soins. Sur les 150 milliards d'euros consacrés chaque année aux soins, seuls 3 vont à la prévention. Dans un contexte d'évolution de l'offre de soins, développer des actions de prévention collective nécessite la mise en place d'outils d'informations, d'éducation et d'actions sur les déterminants de la santé. Parallèlement, la prévention individuelle doit agir sur le choix personnel d'adopter une attitude préventive en investissant les entreprises, les écoles, les lieux de vie, et en informant le patient et son entourage. Cet ouvrage rassemble les actes présentés lors de ces rencontres.

Arnaud, F., Lefebvre, G., Mikou, M., et al. (2022). Les dépenses de santé en 2021 – édition 2022 - Résultats des comptes de la santé. Panoramas de la DREES. Paris Drees: 285.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/CNS2022_0.pdf

Ce Panorama analyse les comptes de la santé en 2021 et replace ces résultats dans une perspective internationale. Les comptes de la santé recouvrent notamment la consommation de soins de santé en France et les financements correspondants, qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages. La DREES présente pour la première fois, dans cet ouvrage, les résultats provisoires de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), seulement 9 mois après la fin de l'année civile. Cet agrégat est utilisé par la majeure partie des pays de l'OCDE pour analyser les dépenses de santé.

Barnay, T. (2012). "Prévention et vieillissement en bonne santé : un regard économique." Prévention et vieillissement : modèles, expérimentations et mise en oeuvre.: 185-203.

En France, les mauvais résultats en termes de performance sanitaire et l'aggravation des inégalités sociales de santé, et ce en dépit d'un investissement public élevé, justifient de s'interroger sur la promotion d'actions de prévention. Cette réflexion questionne la rationalité des politiques collectives

de prévention et l'adoption de comportements individuels de prévention. Au final, cet article vise à expliciter les conditions permettant de promouvoir le vieillissement en bonne santé par une prévention ciblée, coordonnée et précoce dès l'âge de 50 ans. (R.A.).

Barney, T. et Videau, Y. (2016). "Regards d'économistes sur les déterminants de la santé et les mécanismes d'incitations à la prévention. Éditorial." Sante Publique **28**(4): 435-437.

[BDSP. Notice produite par EHESP EEs8oR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Force est de constater que la mise en place de mesures préventives, fondées ou non sur des incitations économiques, rencontre des réticences de la part des agents économiques tant du côté de l'offre que de la demande de soins. Notamment, les comportements addictifs des individus, voire délibérément non-rationnels, doivent inviter les différentes disciplines à travailler ensemble pour lever les freins à la prévention sans accroître les inégalités sociales de santé particulièrement fortes en France.

Brodin, M. et Groupe de concertation entre Académies des sciences de la vie et de la santé (2009). La prévention et l'économie de la santé. La prévention en question (s). Prévenir, c'est protéger son capital santé. Cachan, Editions Médicales Internationales: 35-49.

S'il est un sujet qui mérite le titre de "revendication permanente" de nos concitoyens, depuis les États généraux de la santé, c'est bien celui de la prévention, déclinée à tous les âges de la vie et dans toutes les circonstances. Cependant, nombreux sont nos concitoyens qui confondent les approches - diagnostic individuel orienté - par le symptôme exprimé par un patient, et les approches collectives de dépistage en population effectués en l'absence de toute symptomatologie. Il en résulte de nombreuses injonctions paradoxales. A l'heure européenne, le vivant et l'histoire naturelle devraient déterminer nos politiques publiques et nos programmes de santé... mais nos organisations et nos institutions sont par construction le reflet de l'histoire de nos cultures et nos systèmes de valeurs : ainsi les comptes de la santé retiennent les dépenses de prévention individuelle institutionnalisées (protection maternelle et infantile, santé scolaire, médecine du travail.. et les dépenses de prévention collective (contrôle des eaux..) (d'après l'introduction).

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (2015). Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2016 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2016. Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016. Paris, Cnamts: 190p.

Chaque année, l'Assurance Maladie présente au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'évolution des charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. À partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et des pratiques, et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales, le rapport Charges et produits pour l'année 2016 présente des propositions et des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins, et à optimiser les dépenses de santé. Le rapport commence sur une cartographie des dépenses de santé et des pathologies. Les recommandations sont ensuite présentées selon les axes suivants : prévention et prise en charge des pathologies chroniques, dont l'obésité, le diabète, les accidents vasculaires cérébraux, l'ostéoporose ; accès aux soins des populations vulnérables ; efficacité de la prescription ; bon usage des soins et maîtrise des dépenses : examens de biologie, transport sanitaire, arrêts de travail ; virage ambulatoire avec les programmes de retour à domicile et la chirurgie de la cataracte.

- La collection des Charges et produits est en ligne sur le site d'Ameli.

Cash, R., Fagnani, F., Colin, X., et al. (2003). "Les dépenses de prévention en médecine générale : une évaluation réalisée à partir d'une base de données de médecins généralistes." Journal D'economie Medicale **21**(6): 377-389.

Objectif : Évaluer les dépenses constatées au titre des activités de prévention en médecine générale, en distinguant les champs de la prévention (vaccination, certificat, action sur les facteurs de risque cardiovasculaire...) et les postes de dépenses. Méthodes : L'étude s'est basée sur une interrogation de la base de données THALES (année 1999), base de dossiers médicaux alimentée quotidiennement par un panel de médecins généralistes informatisés, représentatif de la population des médecins généralistes. Cette base permet de collecter les motifs de consultation et diagnostics, ainsi que les prescriptions. Les données ont été valorisées en euros et extrapolées à la France entière. Résultats : Après extrapolation, l'évaluation mène à un total de 49,2 millions de consultations liées à la prévention. Après redressement pour tenir compte de la possibilité d'inscrire plusieurs diagnostics pour une consultation, les motifs les plus importants sont l'hypertension artérielle (29,9%), l'hyperlipidémie (14,4%), la vaccination (11,8%). (résumé d'auteur).

Cash, R. et Kervasdoue, J. d. (2018). La coûteuse inégalité des soins : soigner mieux, soigner moins cher. Paris Economica: 172 , tab., graph., fig.

Si les soins médicaux en France font encore partie des meilleurs du monde, ils ne sont plus les premiers. En revanche, ils sont trop souvent onéreux, inégalitaires et inefficaces. En effet, les traitements pour une même maladie varient d'un praticien à l'autre, d'un hôpital à l'autre, voire d'un service à l'autre au sein du même établissement ce qui a de lourdes conséquences médicales et économiques. Comment se fait-il qu'avec le même corpus de connaissances, le même système de paiement des professionnels de santé et des hôpitaux, l'on constate une telle hétérogénéité ? Non seulement il existe une inégalité de l'accès aux soins mais il y a aussi, et surtout, une inégalité des soins : excellents ici, plus discutables là. Peut-on alors, en même temps, réduire cette tragique inégalité et soigner mieux pour moins cher ? Oui, comme le révèlent les 20 exemples de cet ouvrage. Qu'il s'agisse de médicaments, d'actes chirurgicaux ou d'examens diagnostiques on constate, selon les lieux de prise en charge, des surprescriptions, des sousprescriptions et des prescriptions inadaptées au cas des patients. À partir de ces études de cas, les auteurs montrent comment interagissent à des degrés divers des forces économiques mais aussi sociologiques, éthiques, ethnologiques et politiques. Leurs influences délétères sont les signes d'un système qui n'est pas géré et qui, trop souvent, se perd dans la recherche de remèdes généraux à des questions spécifiques. Oui, on peut faire mieux pour moins cher et les économies potentielles se chiffrent en milliards d'euros.

Cassou, B. (2011). "La prévention est-elle un moyen de réduire les dépenses de santé et d'améliorer la qualité de vie ?" DOCUMENTS CLEIRPPA. CAHIER(42): 8-11.

La prévention est souvent abordée sans regard critique comme une activité ne pouvant apporter que des bienfaits aux individus et à la société : "mieux vaut prévenir que guérir" dit-on. L'objectif de cet article est d'aider à une meilleure appréhension des effets attendus d'une politique de prévention destinée aux personnes âgées dans une perspective de diminution des dépenses de santé. Ainsi, en prenant l'exemple de la prévention de l'ostéoporose l'auteur aborde le fait que la prévention a un coût qui varie selon la nature des mesures entreprises. Puis ils montrent que la prévention peut générer des dépenses médicales supplémentaires ce qui est le cas lors des examens systématiques de prévention. Enfin la balance bénéfico-risque de la prévention n'est pas toujours favorable comme le montre le dépistage du cancer de la prostate. L'efficacité des actions préventives en définitive se heurte à de nombreux obstacles qu'il importe de prendre en compte. (R.A.).

Chicoye, A., Toully, V., Piard, A. L., et al. (2002). "La santé publique en France : quelle vision stratégique ? Quels financements ? : l'exemple des 16 plans gouvernementaux 2001-2002." REGARDER AUTREMENT: 100 , ann.

La conciliation entre régulation de santé et prise en compte des besoins et priorités de santé soulève des difficultés majeures en France. Récemment, J.F. Mattéi a décidé de confier à un groupe de travail issu de la Commission des comptes de la Sécurité sociale une réflexion sur la médicalisation de l'ONDAM. La difficulté de cet enjeu est particulièrement accentuée par la multiplication des plans de santé publique en 2001 et 2002. C'est la raison pour laquelle, à la suite des réflexions qu'il a suscité sur

la problématique des besoins médicaux en France, le LIR a jugé intéressant de procéder à une analyse méthodique et globale des 16 plans de santé publique décidés entre janvier 2001 et mars 2002 par B. Kouchner. Cette étude passe donc au crible chaque plan, selon une grille d'analyse présentée en annexe. La consolidation des plans par thèmes transversaux a permis d'approcher leur impact global sur les dimensions suivantes : la charge de travail des acteurs et des institutions, la formation et l'information dispensées vers les professionnels et les usagers, l'impact sur l'organisation du système de santé, l'impact potentiel sur le recours aux soins et notamment les consommations médicamenteuses. Ces plans sont aussi analysés à la lumière du cadre théorique d'élaboration et de mise en œuvre d'une stratégie d'entreprise, afin de les situer dans une perspective de planification opérationnelle. Cette étude est disponible sur le site du LIR : <http://www.lir.asso.fr/> => publications => regarder Autrement n° 2.

Clement, J. M. (2014). Notions essentielles d'économie de la santé. Bordeaux, Les Etudes Hospitalières

Comme on ne peut s'extraire de la gravité ou de la force magnétique, on ne peut faire l'impasse sur l'économie de la santé. Connaître ses mécanismes, n'est-ce pas essentiel pour tous ceux qui travaillent dans le champ sanitaire, et pour tous ceux qui réfléchissent sur l'augmentation régulière du montant des dépenses de santé ? Près de 12% du produit intérieur brut sont consacrés aux dépenses de santé et cela va encore croître, puisque les personnes en âge de présenter des pathologies chroniques vont augmenter très sensiblement par rapport à l'ensemble de la population. Nombreux sont les étudiants en médecine et paramédicaux, mais aussi les partenaires sociaux qui demandent de pouvoir accéder aux mécanismes de cette économie de la santé. Nombreux sont les professionnels de santé qui aspirent à disposer d'une initiation fiable et accessible pour connaître les arcanes de cette économie de la santé que, par paresse intellectuelle, on a voulu assimiler à l'économie industrielle. C'est le sens de ce livre, fruit d'un enseignement auprès des étudiants en médecine et paramédicaux (4e de couverture).

Cnam (2021). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : charges et produits 2022. Paris Cnam: 262.

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits>

Chaque année, l'Assurance Maladie présente au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'évolution des charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. À partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et des pratiques, et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales, le rapport Charges et produits pour l'année 2022 présente des propositions et des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins, et à optimiser les dépenses de santé.

Cour des Comptes (2017). L'avenir de l'Assurance maladie. Assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs. Paris Cour des Comptes: 287, tabl., cartes.

www.comptes.fr/sites/default/files/2017-11/20171129-rapport-avenir-assurance-maladie_0.pdf

Le système d'assurance maladie créé en 1945 permet à la France d'afficher de bons résultats en termes d'espérance de vie. Pour autant, la prévalence de pratiques à risque, un taux de mortalité infantile élevé et des inégalités croissantes d'accès aux soins nuancent ces résultats, obtenus en outre au prix de déficits récurrents. La France se caractérise aussi par une dépense de santé élevée en proportion du PIB et par la part importante des assurances complémentaires dans son financement. Face à l'augmentation structurelle des dépenses, alors que les outils actuels de régulation ont atteint leurs limites, la qualité et l'égalité d'accès aux soins ne pourront être maintenues ou renforcées qu'en réformant l'organisation et la gestion du système de santé. Il ressort que, pour améliorer en continu la qualité des soins, garantir leur accès pour toute la population et sur tout le territoire et faire face à des défis renouvelés qui amplifient les tendances lourdes à l'augmentation des dépenses, des efforts de grande ampleur sont indispensables sur le long terme en vue d'accroître leur efficacité, c'est-à-dire en travaillant simultanément sur l'amélioration des prestations et la réduction de leurs coûts (I). Pour

parvenir à des résultats suffisants, et face à la trop fréquente mise en échec des politiques de maîtrise de la dépense, la création ou la restauration, dans un cadre clair et renouvelé, d'instruments efficaces pour organiser l'action de l'assurance maladie, est nécessaire (II). Ces outils doivent être utilisés pour mettre fin aux situations acquises et sources d'inefficience de tous ordres que des mécanismes d'allocation des ressources insuffisants ont laissé se consolider (III). Un tel mouvement, engageant des réformes sur de très nombreux aspects du système de soins et de l'assurance maladie, est à concevoir comme un processus continu, car le progrès scientifique, le vieillissement, les nouvelles formes de prise en charge, l'évolution de la situation économique et financière de notre pays, le soumettent sans relâche à de nouvelles contraintes. Il n'a de chances d'aboutir que si la régulation et le pilotage de l'ensemble, aujourd'hui faibles et éclatés, retrouvent efficacité et cohérence en redéfinissant les responsabilités des différents acteurs et en se structurant autour d'objectifs de santé publique et de qualité des soins (IV).

Cour des Comptes (2021). La politique de prévention en France. Paris Cour des comptes: 142.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-politique-de-prevention-en-sante>

Dix ans après la parution d'un premier rapport de la Cour des comptes consacré à la prévention sanitaire, l'évaluation réexamine la prévention à travers le cas de trois grandes familles de pathologies – les cancers, les maladies neurocardiovasculaires ou NCV, et le diabète. En mesurant l'impact des politiques de prévention menées en France, la Cour a pu constater que les résultats obtenus sont globalement médiocres, et ce, malgré un effort financier comparable à celui des pays voisins. Pour contribuer à renforcer l'efficacité de ces politiques, ce rapport livre une série de recommandations formulées autour de quatre orientations : la déclinaison opérationnelle de ce renforcement, la lutte contre les facteurs de risques, la transformation des pratiques professionnelles en matière de prévention, et l'optimisation de l'utilisation du numérique.

Fenina, A. et Geffroy, Y. (2006). "Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France." *ETUDES ET RESULTATS*(504): 8p.

Réalisée à partir des Comptes nationaux de la santé de 2002, cette étude présente une estimation de la répartition des dépenses de santé. Ainsi, une première partie propose une réflexion sur les limites entre prévention et soins. Ensuite, une deuxième partie analyse l'allocation des ressources entre soins curatifs et préventifs. Enfin, une troisième partie propose une approche des dépenses par pathologie après exclusion de la prévention.

Fenina, A., Geffroy, Y., Minc, C., et al. (2006). "Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France." *Questions D'economie De La Santé (Irdes)*(111): 8.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes111.pdf>

Réalisée à partir des comptes nationaux de la santé de 2002, cette étude présente une estimation de la répartition des dépenses de santé d'une part entre soins curatifs et soins préventifs et, d'autre part, entre les grands groupes de pathologies. En 2002, la France a consacré 10,5 milliards d'euros à la prévention, soit 6,4 % de la dépense courante de santé, la moitié étant destinée à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable, le quart au dépistage des maladies et un autre quart à la prise en charge des facteurs de risque ou des formes précoces des maladies. Les dépenses de prévention issues de la consommation de soins et de biens médicaux s'élèvent à 5,7 milliards d'euros. La consommation de soins et de biens médicaux qui ne ressort pas de la prévention a pu être répartie par pathologie. Ainsi, les maladies cardiovasculaires représentent le poste le plus important, devant les troubles mentaux et les maladies ostéo-articulaires. Les affections de la bouche et des dents prédominent dans les dépenses de soins ambulatoires et les maladies circulatoires et les troubles mentaux concentrent à eux deux plus du quart des dépenses hospitalières.

Ferrandon, B. et Treich, N. (2005). "L'analyse coût-bénéfice appliquée à l'étude de la prévention et de la précaution." *La microéconomie en pratique*.(327): 83-86.

La prise en compte croissante des risques dans les choix publics a conduit le développement des méthodes d'aide à la décision en situation d'incertitude, notamment scientifique. L'analyse coût-bénéfice figure en bonne place parmi les outils mis en oeuvre par les économistes, avec pour principal objectif d'évaluer l'efficacité sociale des politiques de réduction des risques. Cette approche offre, comme le montre cet article, un outil pour identifier, parmi la multitude de risques, ceux qui sont potentiellement les plus nuisibles, et pour déterminer l'intensité de l'effort à consentir par les différents acteurs économiques.

Gerber, S.-L. et Centre d'Analyse Stratégique (2010). Vaut-il toujours mieux prévenir que guérir ? arguments pour une prévention plus ciblée. Paris, Centre d'analyse stratégique: 9p.

La France jouit d'indicateurs généraux d'état de santé globalement positifs. Toutefois, deux problèmes persistent : la mortalité prématurée est parmi les plus élevées de l'Union européenne et les inégalités de santé entre catégories sociales sont importantes. Face à ces difficultés, la prévention est souvent présentée comme une réponse à la fois universelle (elle serait efficace pour l'ensemble des individus) et peu coûteuse (elle permettrait même de faire des économies). En réalité, la prévention peut certes permettre d'améliorer à coût raisonnable la santé des populations, mais à condition de sélectionner les stratégies les plus efficaces, à savoir celles qui ciblent au plus près les groupes à risque. (R.A.).

Grangier, J. et Guibert, G. (2016). Une estimation partielle des dépenses de prévention sanitaire. Les dépenses de santé en 2015 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2016., Paris : Ministère chargé de la Santé: 10 , tab., graph., fig.

Les comptes de la santé comptabilisent chaque année la prévention dite « institutionnelle » dans la dépense

Grangier, J. et Ngouana, U. (2018). Comptes partiels de la prévention entre 2012 et 2016. Les dépenses de santé en 2017 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2018., Paris : Ministère chargé de la Santé: 156-166, tab., graph., fig.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018>

Grimaldi, P., Pierru, F., Pages, A., et al. (2022). "Un pognon de dingue en même temps que quoique on en coûte." Pratiques : Les Cahiers De La Medecine Utopique(96): 94.

Ce dossier s'est inspiré de la déclaration malencontreuse du chef de l'État qui « s'inquiétait » du coût, selon lui exorbitant, des aides sociales. Or, dans le contexte de paupérisation de la population, sur fond d'enrichissement des mieux nantis, les soignants subissent depuis des lustres un appauvrissement des moyens au lit du malade (personnel en sous-effectifs, mal payé, mal traité) assorti d'un transfert de ces moyens vers certains dispositifs et les métiers parasites qui vont avec (les cabinets de conseil). Les compétences de ceux dont c'est le métier sont mises au rancart (encadrement, formation, réflexion à partir du réel du terrain). L'innovation virtuelle est largement priorisée alors qu'elle ne produit que peu de progrès, surtout pas budgétaires, mais entraîne une régression de la qualité des pratiques et leur déshumanisation.

Grolier, J., Heresbach, D. et Josselin, J.-M. (2009). Le calcul médico-économique appliqué. L'analyse coût-efficacité au service de la décision en santé publique. Rennes, Presses de l'EHESP

L'évaluation en santé doit permettre d'affecter les ressources disponibles aux programmes les plus pertinents du point de vue médico-économique. Loin d'opposer médecins hospitaliers et économistes. Cette démarche doit au contraire favoriser leur collaboration. Le calcul médico-économique est le fruit de cette collaboration. Son objectif est d'optimiser les choix de prévention et de soin, en associant l'efficacité maximum à un coût acceptable pour la collectivité au regard des alternatives de prise en charge. Deux économistes et un médecin hospitalier proposent ici une présentation simple mais

rigoureuse du calcul médico-économique : analyse coût-efficacité, outils microéconomiques, statistiques et de gestion. Le tout illustré d'exemples numériques ou de cas réels.

Guerrero, I. (2007). "La matrice d'évaluation du risque maladie : un outil de pilotage du système de santé, application au coût du cancer en France." Journal D'economie Medicale **25**(5-6): 281-294.

Cet article propose un outil permettant de mettre en relation les différents aspects d'une politique de santé depuis l'éducation à la santé et la prévention jusqu'au suivi post-clinique d'une maladie, en intégrant la recherche médicale et les phases de traitement. L'élaboration de l'outil proposé s'appuie sur la notion de risque et sur ses spécificités dans le domaine de la santé. La méthode utilisée consiste à élaborer un modèle à partir d'une revue de la littérature, puis à l'opérationnaliser en utilisant la monographie sur les coûts du cancer en France réalisée par l'Institut du Cancer pour 2004. Quatre différentes composantes du risque maladie sont mises en évidence à partir d'une matrice qui met en relation le niveau d'évaluation (individuel ou collectif) et les répercussions identitaires de la maladie (construction ou rupture). L'opérationnalisation du modèle permet d'aboutir à des propositions concrètes sur l'articulation entre l'élaboration de politiques de santé intégrées et le financement du système de soins. (résumé d'auteur).

Guisset, A. L., Vanden Eeckout, P. et D'Hoore, W. (2002). "Coût et qualité des soins : une approche basée sur les comportements optimaux." Modèles frontières en santé. **20**(3-4): 155-188.

L'objectif de ce travail est d'étudier la relation entre le coût et la qualité des soins. Cette relation n'est pas univoque : elle a été étudiée par de nombreux auteurs et ceux-ci ont abouti à des conclusions apparemment contradictoires. Nous développons tout d'abord un modèle intégrateur permettant de "réconcilier" ces diverses approches. Ce modèle met en évidence l'existence de phénomènes de congestion. Des explications méthodologiques sont apportées pour interpréter la diversité de résultats empiriques à ce propos et une approche alternative, basée sur l'étude des frontières de production, est proposée : le Data Envelopment Analysis (DEA). La deuxième partie de ce travail présente une application empirique dans le domaine des soins de long séjour. Nous nous limitons à un aspect de la qualité (l'utilisation de contentions physiques) et un aspect de coût (le nombre d'heures prestées par le personnel soignant). (résumé d'auteur).

Hartmann, L. (2021). "Santé : évaluer la prévention." Revue D'economie Financiere(143): 143-158.

La santé publique n'a jamais été un point fort de la France. Les deux dernières années l'ont dramatiquement démontré. Les causes sont anciennes. Sans se lancer dans de longues études expérimentales, l'évaluation socioéconomique, fondée sur l'analyse coûts-bénéfices (ACB), pourrait se généraliser. aux scénarios et à l'exercice de prospective plus de légitimité. Cette proposition constitue l'objet principal de cet article. Il rappelle d'abord, dans une première partie, les difficultés de la politique de prévention en France. La deuxième partie rend compte de la normalisation des procédures institutionnelles et scientifiques pour évaluer les stratégies de santé et expose ses conséquences. La troisième partie suggère d'ouvrir plus largement le champ de l'évaluation économique des programmes de santé à l'ACB.

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (2004). Assurance-maladie et prévention : pour un engagement plus efficient de tous les acteurs. Paris, HCAAM: 40p.

Le retard de la France en matière de prévention et le rôle que peut jouer l'assurance maladie dans le domaine de l'éducation à la santé avait été souligné dans le rapport du 23 janvier 2004 du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Dans un avis intitulé "Assurance maladie et prévention : pour un engagement plus efficient", le Haut conseil constate que notre système de santé souffre d'une insuffisante capacité à prévenir les maladies et accidents évitables. Selon lui, la cause de cette carence n'est à rechercher ni exclusivement, ni même prioritairement du côté d'une insuffisance des sommes consacrées aux actions de prévention. Elle réside plutôt dans le manque de mobilisation et de structuration de tout notre système de soins - et également de notre système de prise en charge -

autour d'objectifs de santé publique. C'est dans cette perspective que cet avis examine la place et le rôle de l'assurance maladie dans les questions de prévention.

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (2017). Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé. Paris HCAAM: 36.

<http://www.securite->

[sociale.fr/IMG/pdf/refonder_les_politiques_de_prevention_et_de_promotion_de_la_santevf07072017.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/refonder_les_politiques_de_prevention_et_de_promotion_de_la_santevf07072017.pdf)

Fruit de la mise en place, en octobre 2016, d'un groupe de travail réunissant chercheurs et acteurs, cet avis s'attache, tout d'abord, à clarifier les concepts employés par les acteurs et inscrits dans les textes. Puis il formule diverses propositions pour refonder la conduite des politiques de prévention et de promotion de la santé en France. Elles s'articulent autour des axes suivants : mise en place d'une stratégie globale aux niveaux national et régional avec une mise en œuvre coordonnée des programmes d'action, cohérence du financement entre l'État, l'assurance maladie et les collectivités locales, effort particulier en matière d'évaluation à tous les niveaux (évaluation de politique, de programme et d'action) et en matière de recherche sur l'élaboration et la conduite des politiques et sur les organisations.

Heijink, R., Noethen, M., Renaud, T., et al. (2008). "Cost of illness : An international comparison Australia, Canada, France, Germany and The Netherlands." *Health Policy* **88**(1): 49-61.

[http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(08\)00061-4/abstract](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(08)00061-4/abstract)

Henrard, J.-C., Brechat, P.-H., Paicheler, G., et al. (2005). "Politiques et programmes nationaux de santé." *Actualite Et Dossier En Sante Publique*(50): 17-70.

[BDSP. Notice produite par ENSP bt9R0x8e. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis les années soixante-dix, la France a entrepris la révision de ses politiques publiques dans le secteur de la santé, à l'instar des pays occidentaux industrialisés. Cette révision a mené à l'élaboration et à la mise en œuvre de nombreux programmes de santé nationaux et régionaux pour répondre à des besoins de santé scientifiquement étayés et à des crises sanitaires. Ce dossier fait le bilan de dix années de programmes nationaux de santé au moment où va se mettre en œuvre la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.

Jacquat, D. et Bouziane-Lazoussi, K. (2018). Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la prévention spécialisée. *Rapport d'information ; 4429*. Paris Assemblée Nationale: 99 , tab., graph., fig.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4429.asp>

En « finir avec les bonnes intentions » et « mettre en place une réelle politique de prévention », tel est l'objectif du rapport de la mission d'information relative à la prévention santé en faveur de la jeunesse. Ce rapport dresse tout d'abord un constat d'échec de la politique de prévention, mettant en avant deux chiffres pour dire les inégalités sociales et territoriales de santé : l'espérance de vie des 5 % de Français les plus aisés est supérieure de 13 ans à celle des 5 % les plus pauvres?; le taux de mortalité évitable des hommes est deux fois plus élevé dans les Hauts-de-France et en Bretagne, qu'en Ile-de-France – et une fois et demie pour les femmes. En cause : une gouvernance éparpillée, des acteurs multiples, et des financements dispersés, identifient les députés. Les services de protection maternelle et infantile (PMI) sont délaissés dans certains départements. Autre acteur clef de la prévention, la médecine scolaire est aussi en souffrance : le taux de réalisation de la visite des 6 ans a chuté de 80 % en 2013-2014, à 47,5 % en 2015-2016.

Juanico, R. et Tmarelle-Verhaegue, M. (2021). L'évaluation des politiques de prévention en santé publique. Paris Assemblée nationale: 196.

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cec/l15b4400_rapport-information#

Après une présentation des ravages de la sédentarité accentués par la crise du Covid et des bienfaits de l'activité physique, ce rapport réalisé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques présente 18 propositions pour améliorer la prévention en santé publique.

Jusot, F., Wittwer, J., Dormont, B., et al. (2021). Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis, Paris : Éditions Eska

Réalisé à l'occasion des 30 ans du Collège des économistes de la santé (CES), cet ouvrage dresse un état des lieux du système de santé français et en analyse les enjeux pour les années à venir. Les problématiques abordées sont les suivantes : réguler les dépenses de santé, mieux financer pour mieux protéger, réduire les inégalités face à la santé, accroître la qualité des soins et favoriser la coordination des acteurs, médecine - médicaments - patients : quelles innovations et quelles évolutions ?

Kervasdoué, J. d. (2021). "Assurance maladie : l'impossible colmatage du tonneau des Danaïdes." Revue D'economie Financiere(143): 61-79.

Après un historique sur les plans d'équilibre des comptes de l'assurance maladie en France depuis 1975, cet article démontre qu'en l'absence de mécanismes autorégulateurs pour financer la part importante des dépenses de soins médicaux remboursés ou payés par la collectivité, toute recherche d'équilibre entre recettes et dépenses suppose une forte permanente intervention de l'État. Il se penche aussi sur les mécanismes d'évolution de la demande de soins et en analyse l'impact sur les dépenses, compte tenu des mécanismes de financement des professionnels de santé libéraux, des hôpitaux et des industriels, fournisseurs de biens et services médicaux car offre et demande constituent les deux logiques des mécanismes de marché.

Kervasdoué, J. d., Okma, K. G. H., Marmor, R., et al. (2021). "Le financement de la santé." Revue D'economie Financiere(143): 9-230.

Si en matière de politique de santé, et notamment en matière de financement des soins médicaux, les pays de la planète font face aux mêmes problèmes, ils ne les résolvent pas tous de la même manière même quand ils partagent les mêmes valeurs. Il est pourtant rare que les politiques publiques s'inspirent d'exemples étrangers. Il arrive plus fréquemment que leurs caricatures servent de repoussoir, c'est notamment le cas en France, aux États-Unis et au Royaume-Uni où la vigueur des propos est inversement proportionnelle à la connaissance de ces pays. Pour les autres États, l'ignorance est abyssale. Ce numéro de la revue d'économie financière rassemble une série d'articles français et étrangers sur cette problématique du financement de la santé.

Lamoureux, P., Bras, P. L., Pouvourville, G. D., et al. (2009). Économie de la prévention. Traité d'économie et de gestion de la santé. Paris, Editions de Santé: 139-152.

Le Fur, P., Paris, V., Pereira, C., et al. (2003). "Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé. Une approche exploratoire." ETUDES ET RESULTATS(247): 8p.

Jusqu'à présent, les Comptes nationaux de la santé appréhendent la prévention au travers de financements institutionnels ou de programmes spécifiques. A la demande de la DREES, le CREDES explore actuellement les possibilités d'une nouvelle évaluation de ces dépenses incluant les activités de prévention réalisées par les professionnels de santé dans leur pratique courante. Grâce à l'expérience acquise lors de la réalisation des comptes de la santé par pathologie, une première étape, essentiellement méthodologique, a été réalisée au cours du printemps 2003. La seconde étape, au deuxième semestre 2003, consistera à consolider ce travail. Une version peu différente de cet article fait l'objet d'une publication simultanée dans Questions d'économie de la santé du CREDES, n° 68, Juillet 2003.

Lequet-Slama, D. (2000). "Prévention et choix des priorités de santé publique dans quelques pays européens." Collection Etudes - Document De Travail - Drees(4): 35 , tabl.
<http://www.drees.sante.gouv.fr/htm/publication/index.htm>

L'auteur de ce document de travail analyse les politiques de prévention développées dans quatre pays européens aux configurations différentes : campagne de dépistage, vaccination, lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, éducation sexuelle, nutrition...

Loubiere, S., Parent, A. et Tallon, J. M. (2004). "L'économie de la prévention. Enjeux et problématiques." REVUE ECONOMIQUE 55(5): 973-988.

Madeline, B., Da Silva, N., Domin, J. P., et al. (2019). "Comment va la santé en France ? Dossier." Cahiers Français(408): 17-95.

Ce dossier fait le point sur la santé en France en abordant plusieurs problématiques : l'état de santé, le financement des soins, les conditions de travail à l'hôpital, la politique de la dépendance, la promotion et la prévention de la santé, la redéfinition de la relation médecin-patient, le dispositif de veille sanitaire et la politique du médicament. Il termine sur quelques chiffres et dates clés.

Makdessi-Raynaud, Y. (2005). "La prévention : perceptions et comportements : premiers résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003." ETUDES ET RESULTATS(385): 8p.

L'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux réalisée par l'Insee en 2002-2003 permet d'analyser les comportements et attitudes en matière de prévention déclarés par la population âgée de 18 ans ou plus. Cette première étude fournit un cadrage général sur quelques sujets importants relatifs aux perceptions et comportements et prévention. Les questions principalement abordées portent : sur la consommation alimentaire, la pratique régulière d'une activité sportive, le recours à la vaccination et au dépistage... Les résultats montrant d'emblée un effet d'âge notable et quasi systématique, l'étude les détaille donc par groupe d'âge afin de mieux rendre compte des comportements spécifiques à chaque étape de la vie.

Menard, C., Kreft-Jais, C., Leon, C., et al. (2014). Consommation de soins et prévention. Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010., St-Denis : INPES: 120-139, tabl., fig.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1549.pdf>

Ce chapitre du Baromètre santé 2010 aborde la consommation de soins des 55-85 ans, avec une attention portée sur les personnes déclarant avoir une maladie chronique, en lien avec des mesures de prévention (résumé de l'éditeur).

Pelletier-Fleury, N. et al.. (2000). Les comptes de la prévention. Document de travail du Cregas.

Cette étude financée par la Canam s'efforce sur la base du rapport « Medicam » de repérer pour l'année 2000 les médicaments prescrits à titre préventif et d'analyser la part qu'ils représentent dans les dépenses d'assurance maladie.

Paris, V., Renaud, T. et Sermet, C. (2003). "Les comptes de la santé par pathologie : un prototype pour l'année 1998." DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE(2): 107 , tabl., graph., ann.

Les comptes nationaux de la santé produisent chaque année des informations sur les dépenses engagées dans le système de santé, par financeur et par secteur de production. La DREES, avec le concours du CREDES a mis au point et testé une méthode de construction de comptes de la santé par pathologie pour les dépenses de soins de l'année 1998. Après avoir évoqué un certain nombre de pays étrangers qui ont déjà réalisé des expériences similaires, le chapitre méthode décrit les principes généraux, les sources de données et les nomenclatures utilisées. La partie suivante est consacrée à la présentation des résultats du prototype permettant de décliner les dépenses par chapitre de

pathologies. L'exposé de la procédure de validation mise en place et les limites dont l'interprétation doit tenir compte forme la dernière partie de ce document.

Renaud, T. et Sermet, C. (2010). "Comment évaluer les "vraies" dépenses de prévention en France ?" Lettre Du Collège (La)(4): 2-4.

http://www.ces-asso.org/docs/Let_CES_4-2010.pdf

En dépit d'un développement régulier des efforts de prévention organisée (éducation à la santé, généralisation des dépistages, sensibilisation aux conduites à risques, etc.), les dépenses de prévention affichées en France au niveau macroéconomique demeurent marginales par rapport au total des dépenses de santé. En 2009, seules 2,6% des dépenses de santé étaient dévolues à la prévention d'après les estimations produites dans les Comptes nationaux de la santé. La France se classe même parmi les pays de l'OCDE qui consacrent le moins de ressources à la prévention, même si la part de la prévention dans les dépenses de santé est très variable selon les pays (de 0,6% en Italie à 8% au Canada).

Renaud, T., Sermet, C., Minc, C., et al. (2008). Les dépenses de prévention en France : Estimation à partir des Comptes nationaux de la santé en 2002. Rapport Irdes . 1706. Paris Irdes: 110.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1706.pdf>

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.

Rochaix, L., Le Pen, C., Grignon, M., et al. (2009). Traité d'économie et de gestion de la santé. Paris, Editions de Santé

Cet ouvrage collectif pluridisciplinaire placé sous la direction de Pierre-Louis Bras, Gérard de Pourville et Didier Tabuteau est composé de 59 chapitres ayant chacun un auteur spécialisé différent. Il s'agit à la fois d'un bel outil et d'une référence, le gold standard de la pensée et de l'analyse du système de santé actuel. Ce traité synthétise l'ensemble des problématiques et des connaissances de base pour comprendre les débats économiques sur la santé, il permet d'appréhender les politiques de régulation des dépenses de santé et constitue une aide à la gestion et au pilotage des principales institutions du système de santé. Destiné aux étudiants, aux décideurs et aux acteurs de la santé, il pourrait aussi fournir "quelques clés pour faire évoluer et conforter une organisation collective qui est au coeur du pacte social", comme le souhaitent les auteurs. Chacun peut en effet y trouver ce qu'il recherche dans le champ de l'économie et de la gestion de la santé dans les huit chapitres qui structurent l'ouvrage : principes généraux, les dépenses de santé, l'accès aux soins, la maîtrise des dépenses de santé, la qualité, la gouvernance et les acteurs, l'information de santé, mondialisation et santé. Aujourd'hui soigner et compter sont des notions admises par tous et ne sont plus antinomiques : cet ouvrage le démontre largement.

Roussel, R., Heam, J.-C., et al., et al. (2018). Les dépenses de santé en 2017 : Résultats des comptes de la santé. Edition 2018. Panoramas de la DREES. Paris DREES: 224.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018>

[BDSP. Notice produite par MSSH-EHESP GnFDROxj. Diffusion soumise à autorisation]. En 2017, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à titre provisoire à 199,3 milliards d'euros. Sa croissance s'infléchit nettement à +1,3 % en 2017 (après 2,0% en 2016), du fait du fort ralentissement des soins hospitaliers. La France consacre au total 11,5 % de son PIB à la santé, soit 1,1 point de plus que la moyenne de l'Union Européenne à 10. La Sécurité sociale finance 77,8 % de la CSBM, et les organismes complémentaires 13,2 %. La part restant à la charge des ménages continue de reculer pour s'établir à 7, % en 2017. Les dépenses de santé en 2017 présentent également un dossier sur les dépenses de prévention sanitaire en France qui actualise, et complète, celui publié dans la même collection deux ans auparavant, ainsi qu'un dossier sur les principaux résultats du Baromètre d'opinion de la Drees sur l'accès aux soins et l'Assurance maladie.

Serrier, H., Sultan-Taieb, H., Sauze, D., et al. (2009). Quelles sont les difficultés méthodologiques de l'évaluation économiques des politiques publiques de prévention en santé au travail ? Emploi et politiques sociales : tome 1. Défis et avenir de la protection sociale. Paris, L'Harmattan: 43-56.

L'objectif est d'identifier les obstacles méthodologiques à l'évaluation économiques des politiques publiques de prévention en santé au travail. On se heurte notamment à un double problème d'imputabilité (part des atteintes à la santé attribuable à une exposition professionnelle, et part des pathologies évitables par une politique de prévention). Une collaboration pluridisciplinaire entre économie et épidémiologie est une façon de surmonter certains obstacles.

Tison, E., Calmels, D. et Kyrylesku, A. (2020). Sécuriser et améliorer notre système de santé : capitaliser sur nos points forts pour corriger nos faiblesses. Paris Institut Sapiens: 98.

https://www.institutsapiens.fr/observatoire_category/sante-et-innovation/page/2/

Chaque pays a pu mesurer la résilience et les limites de son propre système. Les mesures adoptées face à la pandémie, au prix de lourdes conséquences économiques, ont surtout rappelé une évidence : la santé passe avant tout. Si cette actualité a démontré la primauté du sanitaire sur toute autre préoccupation, elle a aussi remis sur le devant de la scène, en France, une question maintenant ancienne : comment améliorer notre système de santé ? Attention aux mots, cependant : améliorer ne veut pas dire tout balayer. Si des réformes structurelles profondes sont requises dans notre système de santé, il est aussi crucial de bien identifier les spécificités qui font sa force. Avant de chercher à perfectionner le système de santé français, il faut déjà bien le comprendre et mettre en regard le pays avec ses voisins pour déterminer ses atouts et les aspects sur lesquels il est le plus performants. C'est tout l'objet de la présente étude. Pour évaluer les performances du système de santé français, cette étude mesure ainsi son efficacité par rapport à un ensemble de pays de l'OCDE, à travers cinq critères objectifs. Dans un second temps, elle examine de plus près les caractéristiques structurelles qui font la force et la faiblesse de notre modèle sanitaire. Savoir réformer, c'est certes savoir améliorer des points faibles ; mais c'est aussi savoir capitaliser sur des spécificités essentielles. En France, cela implique notamment de s'appuyer sur un acteur qui a fait ses preuves et qui joue un rôle capital, au bénéfice de nos concitoyens : le secteur des complémentaires santé.

Tison, E. et Moukala Same, G. (2022). Quel financement pour notre système de santé ? Paris Institut Sapiens: 26.

<https://www.institutsapiens.fr/observatoire/quel-financement-pour-notre-systeme-de-sante/>

La crise sanitaire interpelle sur la nécessité de repenser le financement de l'Assurance maladie. Avec une perte de 30,4 milliards d'euros, la branche maladie représente 78% du déficit de la Sécurité Sociale pour l'année 2020. Cette forte dégradation des comptes sociaux, due à la fois aux baisses de recettes liées à la récession (estimées à 16 milliards d'euros, soit -3,5%) et à l'explosion des dépenses engendrées par la crise Covid (estimées à 46 milliards d'euros, 35 milliards de prestations supplémentaires et 11 milliards d'autres dépenses exceptionnelles comme l'achat de masques ou de tests), s'est prolongée en 2021, où le déficit a atteint 26,1 milliards d'euros (107% du déficit total du régime général et du fonds de solidarité vieillesse, qui avait atteint 24,4 milliards en 2021). Cette situation pousse le gouvernement à prolonger l'existence de la Caisse d'Amortissement de la Dette

Sociale (Cades) jusqu'en 2033. Créée en 1996, la mission de cet organisme est de rembourser la dette sociale, grâce à la perception de la CRDS, d'une partie de la CSG, et par l'émission d'obligations sur les marchés financiers. Sa durée de vie, pourtant limitée originellement à 13 années, ne cesse d'être prolongée depuis, du fait de la progression de la dette sociale et de l'impossibilité à la maîtriser. Le déficit structurel, s'il n'est pas catastrophique en tant que tel, car assuré in fine par un Etat à l'horizon temporel infini, peut néanmoins fragiliser à terme le système de santé et des maintenant l'économie via la dépendance que crée le niveau d'endettement. La hausse – probable – des taux d'intérêt pourrait en effet restreindre les capacités d'endettement de la France et l'obliger ainsi à réaliser des arbitrages budgétaires, potentiellement en défaveur de certains comptes sociaux. Poser la question du financement du système de santé est donc essentielle dans un processus de sauvegarde de ce qui le caractérise en France, à savoir l'accessibilité à des soins de qualité, avec le plus faible reste à charge (RAC) des pays de l'OCDE. Cette note évalue dans un premier temps les risques pesant sur le financement du système de santé français, avant d'observer dans un deuxième temps les caractéristiques des autres pays européens, pour finir par proposer des évolutions concrètes.

Vincent, W. (2006). "Dépenses de prévention et dépenses de soins par pathologie." LE MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE(285): 46-47.

L'évolution des dépenses de santé est le plus souvent abordée sous l'angle des dépenses relatives aux soins. Une étude de l'IRDES et la DREES s'attache à l'examen des dépenses de prévention et de la répartition des dépenses de soins par pathologie. Cet article en résume les principaux résultats.

Wasserfallen, J.-B. (2001). "Les aspects coût-bénéfice de la qualité : y a-t-il un retour sur l'investissement ?" REVUE MEDICALE DE LA SUISSE ROMANDE 121(11): 827-830.

La qualité a un coût, qui peut être séparé en trois composantes : le coût de la prestation elle-même, le coût de prévention de survenue des erreurs en lien avec elle, et le coût de réparation des effets secondaires qu'elle a entraîné. Il existe un optimum à trouver entre ces trois composantes. La littérature montre que les interventions qualité visant à diminuer le coût de réparation des effets secondaires entraînent généralement des économies, alors que les exigences légales ou contractuelles visant à prévenir la survenue d'erreurs entraînent un surcoût. Il est donc nécessaire de développer des méthodes d'évaluation spécifiques pour calculer les aspects coût-bénéfice des démarches qualité dans la mesure où il serait paradoxal de gaspiller des ressources dans la mise en place et l'exploitation d'un système d'assurance qualité.

ÉTUDES SPECIFIQUES

(2010). Accompagnement des patients asthmatiques : une nouvelle étape de l'action de l'assurance maladie, Paris : Cnamts

En France, l'asthme constitue l'une des maladies chroniques les plus fréquentes : selon les données de l'assurance Maladie en 2009, 3,6 millions de personnes, âgées de 5 à 44 ans, étaient traitées au moins une fois dans l'année par un médicament antiasthmatique. Parmi elles, plus de 750 000 recevaient un traitement régulier pour asthme¹, soit une prévalence de 2,5% au sein de cette population. Le coût de cette maladie est également élevé, ainsi les remboursements de médicaments à visée antiasthmatique atteignaient plus d'1 milliard d'euros en 2009. Insuffisamment pris en charge ou mal contrôlé, l'asthme peut avoir des répercussions importantes sur la qualité de vie : gênes respiratoires, crises d'asthme fréquentes, sommeil perturbé mais aussi hospitalisations voire décès dans les cas les plus graves. Face à cet enjeu majeur de santé publique, l'assurance Maladie a développé un programme pour améliorer le contrôle de l'asthme, dans le cadre de la loi de Santé Publique du 9 août 2004 et du plan national pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques. En 2008 et 2009, une 1ère action a été menée auprès des médecins et des assurés, qui ont évalué de manière positive cette démarche. L'assurance Maladie déploie aujourd'hui un nouveau volet de son programme, plus particulièrement orienté vers les pharmaciens. L'objectif de cette nouvelle étape est

de conforter le rôle du pharmacien dans l'accompagnement des malades asthmatiques, notamment pour la prise des traitements médicamenteux, préventif et de la crise. Pour la 1ère fois, l'assurance Maladie accompagne les pharmaciens dans leur rôle de conseil auprès des patients, en mettant à leur disposition des outils d'aide.

(2010). Evaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients diabétiques Sophia : Evaluation à 1 an. Bourg-La-Reine Cemka-Eval: 84 , tabl., graph., fig.

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnamts) a mis en place un programme d'accompagnement différencié des patients présentant des maladies chroniques et s'adressant dans un premier temps à l'ensemble des diabétiques de type 1 et 2 volontaires répondant à un ensemble de critères d'inclusion et d'exclusion définis. Ce programme propose des conseils et des informations adaptés à la situation de chaque personne, en relais des recommandations du médecin traitant. Il vise à permettre une meilleure prise en charge des patients diabétiques, à améliorer leur état de santé, leur qualité de vie et à maîtriser l'augmentation des coûts de prise en charge. L'objectif de ce rapport est de faire une évaluation à un an de ce programme.

(2011). Sophia : Evaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients diabétiques. Evaluation à un an, Paris : APIMA
[http://www.apima.org/img_bronner/sophia Eval medico eco.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/sophia_Eval_medico_eco.pdf)

Ce document disponible sur le site d'Union Généraliste est une nouvelle présentation des résultats communiqués par la caisse nationale d'assurance maladie (Cnamts) lors de son point presse du 10 mars 2011. Le rapport complet (81 pages), réalisé par le bureau d'études Cemka-Eval, devait faire l'objet d'un article, rendant compte de l'ensemble des résultats de l'évaluation, dans une revue scientifique à comité de lecture, indique cette synthèse de 8 pages (a priori la Revue d'épidémiologie et de santé publique).

(2015). Sophia : Evaluation médico-économique 2014 et évolutions du service pour 2016, Paris : CNAMTS

L'Assurance Maladie a mené une troisième analyse médico-économique du Programme d'accompagnement des patients diabétiques Sophia, généralisé en 2012 (619 000 adhérents). Cette évaluation a eu lieu entre juin 2014 et juin 2015 et elle a porté sur la réalisation des examens de surveillance recommandés dans le suivi du diabète et sur les dépenses de soins des patients. Les résultats confirment les effets bénéfiques du service sur le suivi des examens recommandés dans la prise en charge du diabète avec une meilleure progression du taux de réalisation annuel d'au moins 2 dosages d'HbA1c et du dosage de la micro-albuminurie. Les effets sont particulièrement notables la 1ère année après l'adhésion avec un amoindrissement des résultats la 2e année. Les orientations prises à partir de 2013 vont être renforcées par de nouvelles modalités d'accompagnement et de recrutement à partir de janvier 2016. Le service va s'attacher à convaincre en priorité les patients dont le suivi des examens est le plus éloigné des recommandations de prise en charge. Les examens de suivi les plus nécessaires pour prévenir les complications graves comme l'examen du fond d'oeil et le bilan rénal vont être priorisés dans le cadre des différentes communications à destination des adhérents. L'envoi de brochures et de livrets repères, qui contribuent à une meilleure connaissance de la maladie et des examens à réaliser, sera renforcé sur les 24 premiers mois suivant l'adhésion pour installer des réflexes chez les nouveaux adhérents. Enfin, le médecin traitant pourra désormais choisir le thème prioritaire d'accompagnement pour chacun des patients diabétiques qu'il suit et qui ont adhéré au service. Les évaluations concluent enfin à une absence d'impact financier sur les dépenses de santé ou à une légère augmentation selon les méthodes utilisées pour mesurer l'évolution de la dépense totale de soins. La CNAMTS souligne que la période d'observation (recul de 1 à 2 ans selon les cohortes), est trop courte pour pouvoir évaluer l'impact du service sur la réduction de complications liées à la maladie.

Abramowitz, L., Remy, V. et Vainchtock, A. (2010). "Economic burden of anal cancer management in France." Rev Epidemiol Sante Publique **58**(5): 331-338.

BACKGROUND: The incidence of anal cancer has increased over the last 25 years. No organized screening exists for the precursors of anal cancer (anal intraepithelial neoplasia and carcinoma in situ) and diagnosis is often delayed. Treatment for precursor lesions is of limited success, while cancer management is traumatic for the patient. Like cancers of the cervix, most cases of anal cancer are associated with infection with human papillomavirus (HPV). With increases in the incidence of anal cancer, and in light of the availability of prevention strategies such as screening and HPV vaccination, it is important, from a public health perspective, to assess the economic burden of anal cancer in France. **METHODS:** We performed a retrospective analysis based on data extracted from a French hospital database - the Programme de medicalisation des systemes d'information (PMSI) - to assess the number and management of patients hospitalized for anal cancer in 2006. Data on radiotherapy sessions performed in private hospitals were obtained from the Statistiques annuelles des établissements de sante (SAE) database. Costs of hospitalization, from the healthcare-payer perspective, were obtained from official diagnosis-related group tariffs for public and private hospitals. Ambulatory and indirect costs were estimated using information obtained from the literature. **RESULTS:** In 2006, 3,711 patients with anal cancer were treated in hospitals in France. Of these, the majority were women (69%). The annual cost of hospital treatment for anal cancer was estimated at euro 20,326,868. The overall estimated cost (including hospitalization, outpatient and daily allowances costs) to the healthcare payer was euro 38,249,981. **CONCLUSION:** This study, the first to investigate the economic burden of anal cancer in France, shows that the management costs of anal cancer are high and comparable to cervical cancer management costs (euro 44 million). Further research is required to determine the cost of management of precursor lesions, which is mostly performed in an outpatient setting. Prophylactic HPV vaccination could significantly reduce the burden of this disease.

Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (2007). Impacts économiques des pathologies liées à la pollution - Étude d'impact sur les coûts que représentent pour l'Assurance maladie certaines pathologies liées à la pollution : Illustration avec l'asthme et le cancer. Maison Alfort, Afsset: 139p.

Cette étude a considéré d'une part l'évaluation des effets des modifications de l'environnement sur la santé, d'autre part l'évaluation économique des ces effets. En fonction des données disponibles, deux pathologies ont été retenues pour cette étude : l'asthme et les cancers. Il a été évalué que le coût de traitement de l'asthme imputable à la pollution atmosphérique extérieure non biologique était compris entre 200 et 800 millions d'euros pour l'année 2006 en estimant que 10 à 35% des cas d'asthme étaient attribuables à l'environnement et après extrapolation des dépenses estimées pour l'année 1999 (avec un taux de progression de+43%) ; le coût de la prise en charge des soins du cancer attribuable à l'environnement est de l'ordre de 100 à 500 millions d'euros en 2004, avec une fraction attribuable à l'environnement pour tous les cancers variant entre 1 et 5%. Compte tenu des fortes incertitudes portant sur les données disponibles, le groupe d'étude recommande d'approfondir les connaissances autant dans le champ de l'évaluation sanitaire qu'économique avec le développement d'indicateurs synthétiques de santé à l'instar de certains travaux développés au niveau européen ou international. Il recommande également la mise en place d'un processus d'expertise collective utilisant les compétences spécifiques afin de réaliser des évaluations économiques les plus complètes possibles permettant d'apprécier l'ensemble du retentissement de l'environnement sur la santé, en se concentrant sur les pathologies considérées comme prioritaires par les pouvoirs publics. Les risques liés à l'environnement professionnel devront également être considérés afin de développer des mesures de prévention efficaces.

Amalric, F. (2007). Analyse économique des coûts du cancer en France. Boulogne-Billancourt, Institut National du Cancer: 71p.

Pour la première fois, l'ensemble des coûts de la lutte contre le cancer en France a été rassemblé et documenté par l'Institut National du Cancer. L'approche est économique plutôt que comptable, elle intègre le coût du cancer pour l'Etat et l'Assurance Maladie, mais aussi le coût pour la société, pour laquelle la maladie se traduit aussi par une perte de bien-être et d'utilité sociale. Un travail original,

jamais mené en France, a été réalisé sur les pertes de production liées au cancer. Cette approche est déclinée par grand thèmes : le coût des soins hospitaliers et de ville, les pertes de production induites par le cancer, les coûts des politiques publiques de prévention, de dépistage, de recherche. L'exploitation de la base PMSI a fourni des données sur le coût des soins pour 2004. Pour les autres aspects (dépistage, prévention, recherche), les informations existantes ont été rassemblées en remontant autant que possible à la source des données (comptes de la santé, budget de l'Etat...). Il en résulte une vue d'ensemble, à un moment donné, l'année de référence étant 2004. En termes de chiffrage, les dépenses globales atteignent environ 12 milliards d'euros dont 10 milliards pour les soins. 780 millions d'euros ont été investis pour la recherche, 350 millions pour les dépistages et 120 millions pour la prévention dont plus de 100 millions pour la lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool. Cette étude débouche sur l'identification de grands axes de recherche qui seront développés par l'Institut National du Cancer pour renforcer la capacité à évaluer la manière dont l'argent public est utilisé dans les domaines de la prévention, du dépistage, de la recherche et des soins.

Antonopoulou, L. et Targoutzidis, A. (2010). "Évaluation économique de la prévention pour la santé et la sécurité au travail : la pertinence de l'analyse coût-bénéfice." *Sante Publique* **22**(1): 23-35.

Le présent article examine de façon critique les méthodes d'évaluation économique des programmes de santé et de leurs techniques dans le domaine particulier de la santé et de la sécurité au travail, notamment les méthodes d'évaluation appliquées au niveau de l'entreprise et au niveau de la société. En ce qui concerne l'évaluation au niveau de la société, l'accent est mis sur l'importance de la conception sociale du risque comme facteur influençant l'évaluation économique. Il est également fait référence aux besoins de formulation de nouvelles mesures qui intégreront de tels paramètres sociaux dans l'évaluation des programmes de prévention pour la santé et la sécurité au travail. (R.A.).

Bail, J.-N., Le Pen, C. et Monteyne, P. (2008). *Vaccination : enjeux de santé publique et perspectives économiques*. Paris, John Libbey Eurotext

La 8ème Journée d'économie de la santé organisée par la laboratoire pharmaceutique GlaxoSmithKline, qui s'est tenue le 30 mai 2007, a porté sur les Enjeux de santé publique et sur les perspectives économiques de la vaccination. Cette réflexion visait à approfondir les échanges de la Journée de 2006 sur la Place de la prévention dans la politique de santé, en abordant la technologie particulière de prévention que sont les vaccins. Des communications générales sur ces sujets : dimension du risque, surveillance de ces risques, perspective temporelles adéquates, évaluation, préférence collective..., constituent la première partie des Actes de cette Journée. La seconde partie est consacrée à l'étude des enjeux de santé publique et des perspectives économiques que présentent, d'une part, l'exemple du vaccin contre le cancer du col de l'utérus, et, d'autre part, les risques de pandémie de grippe aviaire. Chacune de ces présentations est suivie des débats engagés avec les participants de la salle. Enfin, un regard plus distancié a été porté sur ces enjeux par un spécialiste de l'éthique dont l'intervention a constitué le point d'orgue de ces réflexions et échanges.

Basdevant, A., Bas-Theron, F., Combris, P., et al. (2005). *Obésité : bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge*. Paris, Sénat: 1p.

Ce rapport de l'INSERM a été commandé par l'Office parlementaire des politiques de santé engagé en 2004-2005 dans une réflexion sur la prévention et la prise en charge de l'obésité. Son objectif est de contribuer aux travaux de l'office en dressant un état de lieux des arguments scientifiques et des stratégies de santé publique qui fondent les actions de prévention et de traitement de l'obésité. Après un point sur les données épidémiologiques disponibles et sur les déterminants biologiques, comportementaux et économiques de l'obésité, l'étude présente les enjeux de la prévention et étudie le coût de la maladie. Puis, elle examine au niveau international et national les actions préventives mises en place ainsi que les programmes en cours de développement. Concernant plus particulièrement le territoire français, l'étude dresse un premier bilan du programme national nutrition santé (PNNS) lancé en janvier 2001 et expose les stratégies et programmes de prise en

charge développées en direction de trois publics : l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Enfin, dans la conclusion, cette étude propose une synthèse des principaux constats (forces et faiblesses des initiatives françaises, obstacles environnementaux) et développe quelques axes et principes d'actions prioritaires dans la lutte contre l'obésité. Il s'agit notamment, pour le groupe de travail, de mettre en place des actions multifocales et multisectorielles qui mobilisent plusieurs partenaires (secteur institutionnel, association, acteur économique) et de renforcer la recherche interdisciplinaire sur les déterminants et l'ensemble des conséquences de l'obésité.

Baumstark, L., Fery, P., Auverlot, D., et al. (2011). Le calcul du risque dans les investissements publics. Paris, CAS: 234p.

La prévention et la gestion des risques sont devenues depuis quelques années des thèmes majeurs du débat public. Cela s'explique notamment par la reconnaissance du principe de précaution : ainsi, de nombreuses incertitudes, qu'elles soient de nature sanitaire, environnementale ou économique, rendent les arbitrages publics plus délicats que naguère. Comment définir un risque acceptable ou une prévention optimale ? Comment organiser la société pour gérer efficacement les risques ? Quel est en la matière le rôle de l'État ? Ces interrogations sont essentielles non seulement pour comprendre la dimension économique des risques mais aussi, de façon générale, pour élaborer les politiques de prévention. Dans ce contexte, la question de l'évaluation et de la mesure du risque devient centrale. Un des points sur lesquels la théorie hésite, tandis que la pratique fait encore défaut, tient à la manière opérationnelle de prendre en compte le risque et l'incertitude dans les calculs économiques, en amont de la décision publique. Comment valoriser les effets attendus de dépenses qui visent à prémunir la collectivité contre des risques ? La réponse serait simple si les dépenses pouvaient garantir la suppression des risques. Malheureusement, la question ne se pose jamais ainsi, mais plutôt en termes de bilan : quel coût pour quelle diminution des risques ? Ne rien faire serait évidemment condamnable, vouloir supprimer tous les risques entraînerait des coûts prohibitifs. Il s'agit en somme de définir les règles d'une position d'équilibre. L'approche de l'économiste est ici différente de celles de l'ingénieur, du médecin, du biologiste ou du climatologue, même si elle leur est complémentaire. Elle s'efforce de répondre à une question : que gagne-t-on collectivement à tel ou tel type d'investissement, et que perd-on à ne pas engager telle ou telle dépense de protection ? Il s'agit bien de mettre en balance des gains possibles ou probables avec des pertes probables, ou improbables mais possibles. Il s'agit de garantir un principe de proportionnalité et de cohérence entre les décisions prises et les enjeux collectifs clairement précisés, de montrer la valeur de l'information qui permet de réviser les jugements, d'éclairer finalement un débat contradictoire favorisant l'analyse des risques et leur acceptabilité sociale. Élaboré au sein d'un groupe de travail qui réunissait universitaires, praticiens et responsables de différentes administrations, le rapport qui suit est original à plus d'un titre. Il propose un cadre général, de manière pédagogique, tout en dépassant la simplicité des formules utilisées dans le langage courant sur la gestion du risque, qui masque souvent les enjeux collectifs. Il donne les clés au lecteur et au praticien pour entrer dans une littérature technique, d'un abord difficile. Il met ensuite en relation la réflexion académique et les pratiques des évaluateurs dans différents secteurs où la question de l'évaluation des investissements se pose pour les pouvoirs publics avec une certaine acuité : l'agriculture, la santé, les transports, l'énergie. Il montre combien les développements théoriques et les outils calculatoires qui en sont issus, de plus en plus complexes, ne trouvent une réelle efficacité dans la décision publique que s'ils sont pensés et mis en oeuvre dans une gouvernance des études renouvelée et une prise en compte de l'importance stratégique que revêt la production d'une information de qualité. Il permet ainsi de faciliter et d'harmoniser la mise en pratique des principes et méthodes d'évaluation par les administrations chargées de telles études, dans leurs composantes à la fois économiques, environnementales et sociales. Par ce dialogue instauré entre la recherche universitaire et les attentes des praticiens, ce rapport initie, de manière modeste mais réelle, une démarche qui a pour objectif d'appivoiser le risque, à défaut de le domestiquer.

Berard, A., Brechat, P. H., Rymer, R., et al. (2009). "Coûts de construction du programme de "promotion de la santé par les activités physiques et sportives et de prévention des conduites dopantes : PN-APSD - 2002-2007". Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **57**(1): 11-15.

La mise en oeuvre de réformes comme la Loi organique relative aux Lois de Finances (Lof) incite les gouvernements à construire des actions de qualité tenant compte des finances publiques. Méthodes : Ce travail a étudié le coût de construction d'un programme national de santé présentant les facteurs de réussite des interventions en santé publique, à travers une grille de coûts comprenant quatre postes de coûts : valorisation de l'activité, frais de déplacement, frais de communication et frais de publication. Résultats : La construction du programme de "promotion de la santé par les activités physiques et sportives et de prévention des conduites dopantes : PN-APSD - 2002-2007" a coûté 100 000 euros, dont 15% ont été consacrés à la communication. Conclusion : Des éléments économiques pourraient être associés aux facteurs de réussite des interventions en santé publique afin d'éclairer les décideurs garants de l'intérêt général et responsables de la mise en cohérence d'actions de santé publique.

Bernier, M. (2004). Rapport sur les résultats du dépistage du cancer du sein. Paris Assemblée Nationale: 83. <http://www.assemblee-nat.fr/12/pdf/rap-off/i1678.pdf>

Institué par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003, l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS) est un organe commun à l'Assemblée nationale et Sénat qui a pour mission d'informer le Parlement des conséquences des choix de santé publique afin de contribuer au suivi des lois de financement de la sécurité sociale. Dans cet objectif, il a choisi, en 2003, de consacrer ses deux premières études à des sujets répondant à la priorité accordée à la prévention sanitaire : le dépistage du cancer du sein et la prévention des handicaps chez l'enfant. Le rapport présenté par Marc Bernier, député UMP de la Mayenne, porte sur le thème du dépistage du cancer du sein. Etabli sur le fondement d'une étude scientifique préparée par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, il dresse le bilan de la situation actuelle et propose des mesures susceptibles d'améliorer le dépistage du cancer actuellement le plus meurtrier pour la population féminine. La prise en charge devrait être limitée aux femmes de 50 à 74 ans, dans le cadre d'un dépistage organisé, et aux femmes présentant un risque particulier, sur la demande argumentée du médecin. Le rapport met en évidence l'insuffisante participation des femmes invitées à subir un examen de dépistage dans le cadre du dépistage organisé avec un taux de 38 %, alors que la préconisation européenne est de 70 %. Il pointe un délai moyen trop long du temps écoulé entre la date du dépistage et celui du premier traitement, qui est de 2,6 mois, alors que la recommandation européenne est de quatre semaines. Il déplore en outre le manque de données relatives à l'évaluation économique du ratio coût-efficacité du dispositif et juge souhaitable de standardiser les indicateurs d'efficacité, au niveau régional et national.

Bismuth, C., Chatellier, C., Foucault, C., et al. (2007). État des lieux des actions de prévention des complications et d'éducation thérapeutique des patients financées par l'assurance maladie sur le diabète. Rapport. Paris CNAMTS: 41.

[BDSP. Notice produite par INPES R0xPMb1t. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport dresse un état des lieux des actions de prévention et d'éducation thérapeutique des patients diabétiques financées par l'Assurance maladie et réalisées au cours de l'année 2006. La méthode de recensement des actions est décrite puis les actions elles-mêmes. Sur 60 dispositifs analysés, 303 actions d'éducation thérapeutique des patients et de prévention des complications ont été recensées. Elles ont concerné 10 500 professionnels de santé et 30 000 patients. Les coûts pour l'assurance maladie sont également précisés. Ces actions ont été évaluées via un questionnaire qui mesurait notamment la satisfaction des patients et des professionnels, l'évolution des connaissances et comportements, ainsi que l'aspect médico-économique de l'action.

Bled, J., Sznajder, M., Chevallier, B., et al. (2009). "Pourquoi estimer le coût des accidents domestiques de l'enfant ? ACCIDENTS DE L'ENFANT." *LA REVUE DU PRATICIEN* 59(2): 222-223.

Le coût des accidents domestiques est un marqueur épidémiologique et précise le poids d'un problème de santé publique pour la société. L'analyse des coûts est un défi, en particulier pour les

coûts indirects, qui représentent la plus grande part du poids économique du problème. La connaissance du coût permet également un choix éclairé des cibles de prévention et des modalités stratégiques optimales en fonction des rapports coût-bénéfice et coût-efficacité.

Bonnin, F., Chenu, C., Etiemble, J., et al. (2006). L'obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. Paris, Inserm

L'obésité est en augmentation en France comme dans la plupart des pays européens. Elle touche l'ensemble de la population et tout particulièrement les enfants. La prévention de cette pathologie est devenue au cours de la dernière décennie une priorité des programmes de santé publique qui engage les autorités politiques au plus haut niveau. L'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) a souhaité disposer d'une évaluation des programmes de prise en charge et de prévention de l'obésité en France. Pour répondre à cette préoccupation, l'Inserm, à travers la procédure d'expertise collective, a mis en place un groupe d'experts qui a réalisé un état des lieux de la situation épidémiologique, des implications économiques, des stratégies préventives et de l'organisation du système de soins ainsi que de l'état de la recherche dans le domaine de l'obésité. Son objectif est d'analyser la cohérence scientifique, les forces et les faiblesses des différentes initiatives mises en place en France. (4^{ème} de couverture).

Bourgueil, Y., Le Fur, P., Mousques, J., et al. (2008). La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. Rapport Irdes ; 1733. Paris Irdes: 143 , tabl., graph.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1733.pdf>

Cette recherche évalue l'efficacité et les coûts d'une expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2. Les infirmières ont pour rôle principal de gérer les données informatisées (dossier patient et rappels informatiques) et de dispenser des consultations d'éducation thérapeutique. La méthode d'évaluation est rétrospective, avant/après, contrôlée. L'évaluation de l'efficacité repose sur la mesure de l'amélioration, sur une année, des taux de réalisation des examens recommandés et du contrôle de l'équilibre glycémique (HbA1c). L'évaluation des coûts repose sur la comparaison de l'évolution sur deux années consécutives des coûts directs. Cette expérimentation de coopération s'avère être efficace sans dépense significativement majorée pour l'assurance Maladie. L'apport bénéfique de l'action des infirmières est également clairement démontré tant pour l'amélioration de l'équilibre glycémique (éducation thérapeutique) que pour celui de la qualité du suivi (gestion des dossiers patients et rappels informatiques).

Bourgueil, Y., Le Fur, Mousques, J., et al. (2008). "La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. principaux résultats de l'expérimentation ASALEE." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(136): 8.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes136.pdf>

ASALEE, Action de Santé Libérale En Equipe, associe, dans le département des Deux-Sèvres, 41 médecins généralistes et 8 infirmières afin d'améliorer la qualité des soins, notamment des patients atteints de maladies chroniques. Lancée en 2004, elle représente la seule expérimentation de coopération entre professionnels de santé portant sur les soins de premiers recours. Les infirmières se voient confier par les médecins la gestion informatique de certaines données du patient et des consultations d'éducation thérapeutique, selon un protocole bien défini. Une évaluation médico-économique du dispositif ASALEE a été menée par l'IRDES. Centrée sur les patients atteints de diabète de type 2, qui représentent un tiers de l'activité des infirmières, l'étude montre que les patients inclus dans le dispositif voient leur équilibre glycémique s'améliorer davantage que dans le groupe témoin. Ils réalisent également plus systématiquement les examens de suivi et cela sans coût supplémentaire significatif pour l'assurance maladie. Les modalités de l'étude imposent toutefois que ces résultats soient confirmés par des analyses complémentaires.

Boyer, V. (2008). Rapport sur la prévention de l'obésité. Paris, Sénat: 244p.

La mission parlementaire d'information sur la prévention de l'obésité, dont la présidente Valérie Boyer souhaite faire une "grande cause nationale mobilisant l'ensemble des Français", a rendu publiques le 30 septembre ses conclusions. En France, un adulte sur deux est en surcharge pondérale et un sur six est obèse. Un enfant sur cinq souffre de surpoids. Le coût de l'obésité et du surpoids atteint 10 milliards d'euros par an pour l'Assurance maladie (7% de l'ONDAM), a souligné la députée UMP des Bouches-du-Rhône. Un coût qui pourrait doubler d'ici 2020. Le rapport entériné le 24 septembre par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale présente 83 propositions pour répondre à ce "véritable problème de société". Les propositions qui viennent en appui de la politique qui a été engagée dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) concernent aussi bien l'industrie agro-alimentaire, la distribution, les consommateurs, les médias, les professionnels de santé... Le bonus-malus sur les aliments est la mesure la plus commentée. La ministre de la Santé Roselyne Bachelot a écarté mardi, après ses collègues du Budget et du Travail, l'idée de taxer davantage la "malbouffe" et d'abaisser en contrepartie la TVA sur les fruits et légumes. La ministre de la Santé a assuré qu'elle était "dans une démarche de prise en charge de l'obésité" et que les dispositifs qu'elle allait mettre en place dans sa loi HPST "vont donner des outils dans ce sens".

Bras, P. L., Duhamel, G. et Grass, E. (2006). "Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de disease management." Pratiques Et Organisation Des Soins **37**(4): 341-356.

Depuis le début des années 90, les programmes américains de disease management ont été une des réponses des assureurs privés américains à l'épuisement du modèle du managed care. Ils se matérialisent pour l'essentiel par des communications téléphoniques réalisées par des infirmières vers les patients à partir de centres d'appels. Leur succès réside dans leur capacité à exercer quatre fonctions mal assumées dans le système de soins : l'éducation thérapeutique, la motivation des patients (coaching), la coordination des soins et le suivi de l'état de santé des malades chroniques. La qualité de la stratification des patients est essentielle, en s'appuyant parfois sur des modèles prédictifs. Cette démarche se développe en parallèle de l'action du médecin sans de réelles interactions. Le succès de ces interventions est relativement consensuel sur le plan sanitaire. Il est plus débattu sur le plan financier. En particulier, la logique selon laquelle l'intervention est autofinancée par les économies qu'elle génère, est difficile à vérifier et débattue. Elle n'est certainement pas avérée pour toutes les pathologies. La démarche se concentre sur un petit nombre de pathologies : diabète, insuffisances respiratoires, maladies cardio-vasculaires. La France gagnerait à envisager cette démarche. Les transpositions du disease management en Allemagne et au Royaume-Uni montrent que le contexte général du système de soins implique souvent d'importantes adaptations du modèle américain. Ils montrent aussi que le succès n'est pas certain. C'est pourquoi, dans un premier temps, une expérimentation pourrait être envisagée dans plusieurs régions par l'assurance maladie, dans des conditions de nature à garantir une évaluation des résultats et en ménageant la capacité pour elle de se désengager. Plusieurs questions sont posées pour définir le contenu de cette expérimentation, notamment celle des relations avec les médecins.

Cases, C. et Paris, V. (2009). "France : Evaluation of cancer plan reveals the needs of a better follow-up." Health Policy Developments(13): 65-68, tabl., graph., fig.

La lutte contre le cancer est une des priorités de santé publique en France. Le cancer s'avère être la troisième cause de mortalité prématurée chez les hommes et la quatrième chez les femmes. Cet article fait une évaluation économique des deux plans cancers mis en place par le gouvernement : plan 2003-2007, plan 2009-2013 à partir des rapports d'évaluation publiés pendant cette période.

Cemka Eval, C. (2010). Evaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients diabétiques Sophia : Evaluation à 1 an. Bourg-La-Reine Cemka-Eval: 84 , tabl., graph., fig.

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnamts) a mis en place un programme d'accompagnement différencié des patients présentant des maladies chroniques et s'adressant dans un premier temps à l'ensemble des diabétiques de type 1 et 2 volontaires répondant à un ensemble de critères d'inclusion et d'exclusion définis. Ce programme propose des conseils et des informations adaptés à la situation de chaque personne, en relais des recommandations du médecin traitant. Il vise à permettre une meilleure prise en charge des patients diabétiques, à améliorer leur état de santé, leur qualité de vie et à maîtriser l'augmentation des coûts de prise en charge. L'objectif de ce rapport est de faire une évaluation à un an de ce programme.

Chevreur, K., Thomas, D., Chan, E., et al. (2013). "Évaluation coût-efficacité de la prise en charge à 100% du sevrage tabagique par l'assurance maladie." Numéro thématique. Journée mondiale sans tabac.(20-21): 230-233.

Contexte et objectif. Parmi les nombreuses actions développées en France depuis la loi Evin de 1991 pour lutter contre le tabagisme, l'assurance maladie a proposé le remboursement partiel des médicaments de sevrage à hauteur de 50 EUR par bénéficiaire et par an. L'absence d'effet de cette mesure sur la prévalence du tabagisme interroge sur sa capacité à lever les barrières financières d'accès au sevrage médical et sur l'intérêt d'une prise en charge à 100%. Afin d'éclairer le décideur public, cette étude a pour objectif d'estimer le rapport coût-efficacité de la prise en charge à 100% du sevrage tabagique comparé au forfait annuel de 50 EUR et ce du point de vue de l'assurance maladie. Méthode. Un modèle de Markov a été utilisé pour estimer les coûts et la survie de deux cohortes de 1 000 fumeurs représentatives des fumeurs quotidiens français âgés de 15 à 75 ans, l'une bénéficiant de la prise en charge à 100% et l'autre du forfait actuel de 50 EUR. Le rapport coût-efficacité de la prise en charge à 100% a été estimé par le ratio coût-efficacité incrémental (ICER), exprimé en euros par année de vie gagnée (EUR/AVG), à l'horizon temporel de l'espérance de vie de chaque cohorte. Enfin, une analyse de sensibilité probabiliste de type Monte-Carlo a été menée pour tenir compte de l'incertitude liée aux paramètres du modèle. Résultats. L'ICER de la stratégie de prise en charge à 100% dans le scénario de référence, comparé au forfait actuel de 50 EUR, était de 1 786 EUR/AVG. L'analyse de sensibilité a montré que, dans 99% des cas, l'ICER était inférieur à 2 725 EUR/AVG. Conclusion. Comparée aux autres mesures de prévention des maladies cardiovasculaires remboursées par l'assurance maladie, la prise en charge à 100% du sevrage tabagique apparaît comme la mesure la plus coût-efficace, ce qui est en faveur de sa mise en oeuvre. (R.A.).

Cnam (2019). Nouvelles évaluations du service sophia : Un impact positif notamment sur les adhérents en écart par rapport au suivi recommandé, Paris : Cnam

<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/evaluation-du-service-sophia/evaluation-du-service-sophia-diabete.php>

Sophia est un programme d'accompagnement personnalisé du patient diabétique, expérimenté en 2008 dans neuf départements puis étendu à l'ensemble du territoire en 2013, avant d'être étendu progressivement aux personnes asthmatiques à partir de 2014. Aujourd'hui, le service s'appuie sur 220 infirmiers-conseillers en santé et compte plus de 790 000 adhérents diabétiques et 72 000 adhérents asthmatiques. Pour la première fois, la longévité du service d'accompagnement des patients diabétiques permet d'avoir un recul suffisant pour mesurer des résultats en termes de santé publique (morbi-mortalité). Une nouvelle étude réalisée en 2018 évalue l'impact à huit ans du service sophia (2008-2016) auprès des premiers adhérents de l'année 2008. Par ailleurs, depuis son lancement en 2014, le service d'accompagnement des patients asthmatiques, sophia a fait l'objet d'une seconde évaluation médicale et économique à deux ans de ce service. La note de synthèse publiée par la Cnam en février constitue la troisième évaluation du dispositif. Les résultats montrent que ce service est très apprécié par ses 870 000 adhérents et contribue à une amélioration de leur suivi médical recommandé et de leur santé. Cela conforte l'Assurance maladie à poursuivre ce service en focalisant son action sur les personnes ayant le plus besoin de soutien. Des adaptations du service vont ainsi être menées pour mieux cibler ses actions de recrutement et d'accompagnement, diversifier ses modes d'actions en utilisant les médias digitaux (emails, SMS, apps) et encore mieux relayer les recommandations des professionnels de santé.

Coppieters, Y., Nemery, B. et Piette, D. (2003). "Étude bibliographique de l'efficacité des actions de prévention de l'asthme professionnel." *Sante Publique* **15**(4): 423-435.

Cette analyse tente de montrer, à partir de recherches bibliographiques et en suivant les étapes de l'analyse verticale d'un problème de santé, les interventions efficaces en matière de prévention de l'asthme professionnel. Il n'existe pas d'évidence scientifique pour une série de mesures de protection et encore moins de stratégies d'opérationnalisation des interventions. Cependant, vu l'augmentation de l'incidence de la maladie et les répercussions économiques et sociales, il est important que les différents acteurs concernés puissent bien comprendre l'évolution du phénomène de santé afin de mieux connaître leur rôle dans les stratégies de prise en charge individuelle et collective.

Couralet, P. E. (2015). Evaluation médico-économique du programme Sophia 2010-2013. Paris CNAMTS: 249, tabl., graph.

Le programme Sophia est un programme d'accompagnement personnalisé des patients diabétiques piloté par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs Salariés (Cnamts). Son déploiement s'est fait au cours de deux périodes distinctes : une phase expérimentale de 2008 à 2012, puis une phase de généralisation à partir de la fin de l'année 2012. Depuis son lancement en 2008, le service Sophia a fait l'objet de trois évaluations médico-économiques ayant pour objectif de mesurer l'impact du service sur la réalisation des examens de surveillance recommandés dans le suivi du diabète et observer son incidence sur les dépenses de soins des patients diabétiques. Cette nouvelle évaluation médico-économique réalisée par Pierre-Emmanuel Couralet porte sur les périodes suivantes : les années 2011 et 2012 pour les patients éligibles lors de la troisième vague de l'expérimentation, entrés fin 2010 dans le programme, l'année 2013 pour les patients éligibles lors de la généralisation fin 2012-début 2013. Elle confirme les observations des deux précédentes, soit une amélioration plus importante de la réalisation des examens recommandés chez les patients diabétiques adhérents au service Sophia que chez les patients diabétiques ne bénéficiant pas de ce service. La mise en place du service Sophia a amélioré le suivi de l'ensemble de la population diabétique mais n'a pas d'impact significatif à court terme sur la dépense totale de soins.

Cour des Comptes (2017). L'avenir de l'Assurance maladie. Assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs. Paris Cour des Comptes : 287, tabl., cartes.

www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-11/20171129-rapport-avenir-assurance-maladie_0.pdf

Le système d'assurance maladie créé en 1945 permet à la France d'afficher de bons résultats en termes d'espérance de vie. Pour autant, la prévalence de pratiques à risque, un taux de mortalité infantile élevé et des inégalités croissantes d'accès aux soins nuancent ces résultats, obtenus en outre au prix de déficits récurrents. La France se caractérise aussi par une dépense de santé élevée en proportion du PIB et par la part importante des assurances complémentaires dans son financement. Face à l'augmentation structurelle des dépenses, alors que les outils actuels de régulation ont atteint leurs limites, la qualité et l'égalité d'accès aux soins ne pourront être maintenues ou renforcées qu'en réformant l'organisation et la gestion du système de santé. Il ressort que, pour améliorer en continu la qualité des soins, garantir leur accès pour toute la population et sur tout le territoire et faire face à des défis renouvelés qui amplifient les tendances lourdes à l'augmentation des dépenses, des efforts de grande ampleur sont indispensables sur le long terme en vue d'accroître leur efficience, c'est-à-dire en travaillant simultanément sur l'amélioration des prestations et la réduction de leurs coûts (I). Pour parvenir à des résultats suffisants, et face à la trop fréquente mise en échec des politiques de maîtrise de la dépense, la création ou la restauration, dans un cadre clair et renouvelé, d'instruments efficaces pour organiser l'action de l'assurance maladie, est nécessaire (II). Ces outils doivent être utilisés pour mettre fin aux situations acquises et sources d'inefficience de tous ordres que des mécanismes d'allocation des ressources insuffisants ont laissé se consolider (III). Un tel mouvement, engageant des réformes sur de très nombreux aspects du système de soins et de l'assurance maladie, est à concevoir comme un processus continu, car le progrès scientifique, le vieillissement, les nouvelles formes de prise en charge, l'évolution de la situation économique et financière de notre pays, le soumettent sans

relâche à de nouvelles contraintes. Il n'a de chances d'aboutir que si la régulation et le pilotage de l'ensemble, aujourd'hui faibles et éclatés, retrouvent efficacité et cohérence en redéfinissant les responsabilités des différents acteurs et en se structurant autour d'objectifs de santé publique et de qualité des soins (IV).

Cour des Comptes (2021). La santé des enfants. Paris Cour des comptes: 175 , annexes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-sante-des-enfants>

Les inégalités de santé dans l'enfance sont marquées (chapitre I). Cependant l'insuffisante coordination d'ensemble et la complexité de la gouvernance et du pilotage réduisent l'efficacité et la lisibilité de cette politique de réduction des inégalités de santé dans l'enfance. Des outils et mécanismes à vocation universelle visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé existent, mais leurs résultats n'ont qu'une portée limitée en raison des difficultés à atteindre toutes les catégories de la population (chapitre II). Alors que les acteurs historiques comme la médecine scolaire et la protection maternelle et infantile (PMI), et plus largement les médecins spécialisés en santé de l'enfant sont en situation de fragilité, il conviendrait de réorganiser l'ensemble de la prise en charge pour redéfinir le parcours de santé des enfants autour de la prévention et du médecin traitant, en l'inscrivant dans un cadre d'action territorialisé adapté aux besoins et aux ressources du territoire, et en s'appuyant sur le levier de la transformation numérique (chapitre III).

Detournay, B. (2013). "Aspects économiques du diabète en France : quelles évolutions ?" MEDECINE DES MALADIES METABOLIQUES 7(3): 224-227.

Le financement de notre système d'Assurance maladie reste déficitaire. L'un des facteurs qui concourt à cette situation se situe au niveau de la progression des dépenses consacrées à la prise en charge des maladies chroniques, telles que le diabète. Les remboursements aux personnes diabétiques pour l'ensemble de leur consommation croissent de +7,7% par an selon la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts). Cette augmentation est liée, pour sa plus grande part, à l'augmentation du nombre de patients. Il conviendra certainement de compléter les nombreuses actions qui ont été mises en oeuvre ces dernières années, en insistant sur la prévention primaire et une meilleure prise en charge des populations à risque. Il faudra sans doute également réformer en profondeur notre système de santé, tant en ville qu'à l'hôpital. [résumé éditeur].

Detournay, B., Donio, V. et N'Dir, A. (2008). Revue de la littérature sur l'évaluation des dispositifs d'accompagnement des patients diabétiques : Sophia. Bourg-La-Reine Cemka-Eval: 83 , tabl., fig.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnamts) met en place un programme pilote d'accompagnement différencié des patients diabétiques de type 1 et 2 volontaires. Ce programme vise à garantir une meilleure prise en charge des patients diabétiques, à améliorer leur état de santé et à maîtriser l'augmentation des coûts de prise en charge. Il s'apparente directement aux actions de « disease management » (DM) qui ont été développées, principalement aux Etats-Unis à partir du milieu des années 90. De nombreuses interrogations sont soulevées par l'évaluation des programmes de DM et la Cnamts a souhaité disposer, en parallèle de l'évaluation du programme Sophia, d'une revue critique de la littérature existante en matière de méthodologie d'évaluation de programme de DM en direction des patients diabétiques et d'une synthèse critique des résultats médico-économiques obtenus par ces expériences. Le présent rapport constitue le résultat de ce travail.

Druet, C., Bourdel-Marchasson, I., Weill, A., et al. (2013). "[Type 2 diabetes in France: epidemiology, trends of medical care, social and economic burden]." Presse Med 42(5): 830-838.

Between 2001 and 2007, treatments for type 2 diabetes have increased and therapeutic choices have improved. However glycemic control remains insufficient. Cardiovascular risk control has widely increased. Statins, hypertensive and antithrombotic treatments are more often prescribed. Blood pressure and LDL cholesterol levels have decreased whatever age. However, progress remains

possible, especially regarding blood pressure control. Obesity has increased between 2001 and 2007 to reach 41% whereas the frequency of dietetic visits has decreased. Insulin therapy (more than obesity) determines the frequency of dietetic visits: dietetic care happens too late. Important improvements of the quality of follow-up are observed. However, fundus exams and more specifically albuminuria measurement remain insufficiently performed and their progression is too slow, as well as the podiatric examination. Only 10% of people with type 2 diabetes have an endocrinology visit, which has been stable between 2001 and 2007. Information expectations of people with type 2 diabetes are strong, especially for diet. Education demand is lower but more important for people who have already benefited. This improvement of medical care leads to an increase in the cost of reimbursements. The consequences of diabetes, more than the disease itself, alter the quality of life.

Dupilet, C., Grignon, M., Pierrard, B., et al. (2002). Modèles économiques et politiques de lutte contre le tabagisme. Paris, CREDES: 137p.

A la demande de la direction du risque de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) a réalisé une revue de la littérature sur le coût des facteurs de risque, détaillant les méthodes d'évaluation et les principaux résultats. Le tabagisme a été choisi comme premier sujet d'étude. L'analyse bibliographique porte sur les modèles économiques implicites de la consommation de tabac, les recommandations qui en découlent en matière de lutte contre le tabagisme, et les tests empiriques permettant de les départager.

Franc, C., Renard, E., Le Vaillant, M., et al. (2009). "La perception par les pédiatres des contraintes économiques : quelle incitation dans la prise en charge de l'obésité infantile ?" REVUE ECONOMIQUE 60(2): 507-520, 503 tabl.

<http://www.cairn.info/revue-economique-2009-3.htm>

Le dépistage précoce et la prévention sont essentiels dans la prise en charge de l'obésité infantile. L'approche « santé publique » a élargi le champ de l'analyse économique à l'étude de l'offre de prévention : le rôle des médecins est central particulièrement pour la fourniture de prévention secondaire (dépistage). Il s'agit alors de comprendre quels incitatifs peuvent encourager les médecins ou pédiatres à intervenir activement dans la prise en charge de l'obésité infantile. Ce travail propose d'étudier les perceptions qu'ont les pédiatres des contraintes économiques auxquelles ils sont confrontés dans leur pratique de routine en les analysant au regard de leurs différents profils que nous avons construits sur la base de leurs connaissances, attitudes, croyances et pratiques en matière de prise en charge de l'obésité de l'enfant. Il en tire des conséquences sur des incitatifs (pas nécessairement économiques) qu'il faudrait mettre en place pour améliorer la prise en charge au quotidien de cette affection chronique.

Gonthier, R. (2014). "Épidémiologie, morbidité, mortalité, coût pour la société et pour l'individu, principales causes de la chute." Bulletin De L'Academie Nationale De Medecine 198(6): 1025-1039.

La chute est la première cause de mortalité accidentelle chez le sujet âgé (environ 12 000 décès par an). Elle devient de plus en plus fréquente au fur et à mesure du vieillissement : un tiers des sujets âgés de plus de 65 ans vivant à domicile chutent au moins une fois par an et la moitié des plus de 85 ans font une ou plusieurs chutes par an. Malgré sa fréquence, elle ne doit pas être banalisée, car elle entraîne une morbidité et des dépenses de soins importantes : 10% des chutes ont des conséquences traumatiques sévères à l'origine de 30% des hospitalisations des personnes âgées ; même en l'absence de lésions traumatiques, la chute peut avoir des conséquences psychologiques (anxiété à la marche, peur de retomber) qui se compliquent d'un syndrome de désadaptation psychomotrice avec une restriction volontaire des activités de la vie quotidienne dans 30% des cas. Les facteurs de risque de chute sont nombreux et on tombe exceptionnellement pour une raison unique et précise. Lorsque la chute est récurrente, on trouve cliniquement des troubles de l'équilibre et de la marche, ainsi qu'une baisse de la force musculaire parfois dans le cadre d'une pathologie latente. Chez les chuteurs à domicile, la prise en compte des risques liés à l'environnement est nécessaire, car cela permet

développement d'actions ciblées de prévention. En institution, il est important que les soignants intègrent que le risque de chute augmente avec le degré de sévérité de la démence, avec la prise de certaines catégories de médicaments (psychotropes surtout) ou avec l'existence d'une cachexie compliquée d'une baisse majeure de la force des quadriceps. Environ 1,5% de l'ensemble des dépenses de santé sont en lien avec les chutes. La majorité des coûts est due aux hospitalisations, sachant que les fractures de l'extrémité supérieure du fémur sont les plus coûteuses à traiter. Depuis quelques années, grâce à la prévention de l'ostéoporose et des chutes, le nombre annuel de fractures du col du fémur se stabilise (environ 79 500 par an) et les taux standardisés d'hospitalisation ont baissé, ainsi que les durées de séjour. Pour réduire les coûts en lien avec l'augmentation du nombre de sujets âgés, il faudra intensifier la prévention grâce à la prise en compte précoce des facteurs de fragilisation du milieu de la vie.

Institut National du Cancer (2007). Analyse économique des coûts du cancer en France : impact sur la qualité de vie, prévention, dépistage, soins, recherche. Paris, INCa : 144p.

Pour la première fois, l'ensemble des coûts de la lutte contre le cancer en France a été rassemblé et documenté par l'Institut National du Cancer. L'approche est économique plutôt que comptable, elle intègre le coût du cancer pour l'Etat et l'Assurance Maladie, mais aussi le coût pour la société, pour laquelle la maladie se traduit aussi par une perte de bien-être et d'utilité sociale. Un travail original, jamais mené en France, a été réalisé sur les pertes de production liées au cancer. Cette approche est déclinée par grand thèmes : le coût des soins hospitaliers et de ville, les pertes de production induites par le cancer, les coûts des politiques publiques de prévention, de dépistage, de recherche. L'exploitation de la base PMSI a fourni des données sur le coût des soins pour 2004. Pour les autres aspects (dépistage, prévention, recherche), les informations existantes ont été rassemblées en remontant autant que possible à la source des données (comptes de la santé, budget de l'Etat...). Il en résulte une vue d'ensemble, à un moment donné, l'année de référence étant 2004. En termes de chiffrage, les dépenses globales atteignent environ 12 milliards d'euros dont 10 milliards pour les soins. 780 millions d'euros ont été investis pour la recherche, 350 millions pour les dépistages et 120 millions pour la prévention dont plus de 100 millions pour la lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool. Cette étude débouche sur l'identification de grands axes de recherche qui seront développés par l'Institut National du Cancer pour renforcer la capacité à évaluer la manière dont l'argent public est utilisé dans les domaines de la prévention, du dépistage, de la recherche et des soins.

Jounieaux, V., Guillaume, G., Malka, M., et al. (2003). "Évaluation médico-économique d'un programme de prise en charge de patients asthmatiques." *Sante Publique* 15(4): 449-464, fig.

[BDSP. Notice produite par ENSP NocGMR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le double objectif de cette étude était de mesurer l'intérêt médico-économique d'un programme de prise en charge des patients asthmatiques dans la région amiénoise (Action Asthme Amiens), tout en comparant différents outils de mesure. Trois outils ont ainsi été comparés : un questionnaire de consommation de soins rempli mensuellement par 305 patients asthmatiques, recrutés par 73 médecins entre novembre 1998 et juillet 1999 ; les données issues des caisses d'assurance maladie en 1998 et 1999 pour les patients inclus à partir de janvier 1999 ; les données, concernant l'ensemble des hospitalisations en 1998 et 1999 au Centre Hospitalier Universitaire, obtenues à partir du Programme de Médicalisation des Systèmes d'information (PMSI). Les données des caisses d'assurance maladie et du PMSI sont primordiales pour l'évaluation des coûts, les patients sous-estimant les soins reçus. Une augmentation des dépenses médicamenteuses et une diminution du nombre d'hospitalisation pour asthme ont été observées après la mise en place du programme.

Kopp, P. (2015). Le coût social des drogues en France. Saint-Denis OFDT: 10.
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>

[BDSP. Notice produite par OFDT 9k8R0xF7. Diffusion soumise à autorisation]. Les études sur le coût social permettent aux pouvoirs publics d'évaluer le poids économique d'un problème social pour la

collectivité. Afin d'actualiser les données relatives au coût social des substances licites (alcool et tabac) et de l'ensemble des produits illicites, la Direction générale de la santé a subventionné une étude sur cette thématique. À l'issue d'un appel d'offres piloté par l'OFDT, celle-ci a été confiée fin 2013 à Pierre Kopp, professeur à l'université Paris 1 et chercheur au centre d'Economie de la Sorbonne et à la Paris School of Economics. Cette note présente les grandes conclusions de ce travail. Cette étude a pour objectif de mesurer le coût monétaire des conséquences de la consommation et du trafic des drogues. Elle respecte les standards internationaux des études de coût social (Single et al., 1995) tandis que les paramètres de la mise en oeuvre du calcul sont conformes à la méthodologie du calcul publique recommandée par les pouvoirs publics en France (Quinet, 2013). Deux types d'éléments sont pris en compte pour calculer le coût social : - Le coût externe, constitué des coûts frappant les acteurs du marché des drogues (valeur des vies humaines perdues, perte de qualité de vie) et des coûts affectant les acteurs extérieurs au marché des drogues (pertes de production des entreprises et des administrations). Le coût pour les finances publiques, constitué par la différence entre les dépenses de prévention, répression et soins et les recettes des taxes sur l'alcool et le tabac ainsi que les économies de dépenses en lien avec les retraites non versées. Le "coût social" de l'alcool est égal à 120 milliards d'euros. Celui du tabac est également d'un montant de 120 milliards d'euros. Le coût social en lien avec les drogues illicites s'établit à 8,8 milliards d'euros. Le coût externe constitue l'essentiel du coût social pour chaque substance ou groupe de drogues : il en représente 95% pour l'alcool, 85% pour le tabac et 68% pour les drogues illicites. Le coût des drogues pour les finances publiques représente 1,1% du PIB. L'État doit chaque année payer respectivement pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites, 4,9 milliards, 14 milliards et 2,4 milliards d'euros.

Launois, R., Le Moine, J. G., Raimond, V., et al. (2012). "Évaluation économique a priori du dépistage de la rétinopathie diabétique par photographies du fond d'oeil." *Journal D'economie Medicale* 30(2): 79-95.

Contexte : La rétinopathie diabétique (RD) est la cause la plus fréquente des cécités observées chez les personnes de moins de 60 ans dans la population générale. L'objectif de la recherche était d'évaluer la pertinence du dépistage préventif de la rétinopathie diabétique par photographie du fond d'oeil et ses modalités de mise en oeuvre. Méthodes : Un modèle de Markov a été construit pour évaluer l'efficacité de 17 stratégies. Le modèle simule le devenir d'une cohorte de patients avec ou sans rétinopathie diabétique, sur une période de 10 ans. Quatorze états de santé sont décrits dont six reproduisent l'histoire naturelle de la maladie : "Pas de rétinopathie", "Rétinopathie de fond", "Rétinopathie préproliférante débutante", "Rétinopathie à hauts risques", "Déficience visuelle sévère" et "Décès". Trois critères ont été retenus pour définir les stratégies alternatives de dépistage : le type de matériel utilisé dans le cadre du dépistage organisé (caméra non mydriatique avec ou sans dilatation) et à l'occasion d'un dépistage individuel (biomicroscopie), le rythme (annuel, biennal ou triennal) et le seuil d'adressage au spécialiste en fonction du stade de sévérité de la maladie. Les probabilités de transition annuelles ont été estimées à partir de la Liverpool Diabetic Eyes Study (LDES). Les calculs de coûts ont été réalisés en se plaçant du point de vue des dépenses de prévention et de soins ophtalmologiques financés ou remboursés par l'Assurance Maladie. Les tarifs ont été extraits de la base de données Amélie. Un taux d'actualisation de 4% par an a été appliqué aux données de coûts et d'efficacité. Le nombre de déficiences visuelles sévères évitées a été choisi comme critère clinique. L'efficacité a été définie en termes de processus de production. Une analyse de sensibilité déterministe a été conduite. Résultats : Six stratégies sont finalement apparues comme étant efficaces : le dépistage biennal par caméra non mydriatique avec dilatation et seuil d'adressage au spécialiste >à 10 sur le score LDES, le dépistage biennal par caméra non mydriatique avec dilatation et seuil d'adressage >à 20 sur le score LDES, le dépistage annuel par caméra non mydriatique avec dilatation et seuil d'adressage >à 30 sur le score LDES, dépistage annuel par caméra non mydriatique sans dilatation et seuil d'adressage au spécialiste >10 sur le score LDES, et le dépistage opportuniste biennal ou triennal. Le dépistage opportuniste annuel tout en étant efficace, constitue la stratégie la moins efficace et la moins coûteuse. Le coût moyen cumulé par patient sur 10 ans est compris entre 277 - (dépistage triennal par caméra non mydriatique avec dilatation) et 477 - (dépistage annuel par caméra non mydriatique sans dilatation). Le pourcentage de déficiences visuelles sévères évitées est compris entre 35% (dépistage triennal par caméra mydriatique avec dilatation) et 58% (dépistage opportuniste annuel). Conclusion : Notre étude a permis de mettre en évidence 6 stratégies

efficientes. Bien qu'il ne soit possible de les départager en l'absence de définition d'un seuil d'effort collectif socialement acceptable, une simple analyse de productivité raisonnée nous a amené à recommander le choix de trois d'entre elles en première intention. Le dépistage en population générale ne se justifie que s'il atteint des taux de participation beaucoup plus élevés que ceux observés actuellement.

Le Bouley, S. (2006). Evaluation des écoles de l'asthme en France. Paris Mssps: 122.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000547/0000.pdf>

La Direction générale de la santé a souhaité voir mener une évaluation des écoles de l'asthme en France, dans le cadre de la préparation du plan national en faveur de la qualité de vie des malades atteints d'une maladie chronique. Le plan "Asthme 2002-2005", lancé en janvier 2002, avait identifié 5 objectifs pour améliorer la prise en charge et la qualité de vie des malades asthmatiques, dont le développement de l'éducation thérapeutique. A ce jour, plus de 100 écoles de l'asthme sont en place, mais cet effort paraît encore insuffisant au regard des difficultés observées dans l'observance thérapeutique et de la répartition de ces structures sur le territoire. Le rapport d'évaluation s'efforce de répondre aux questions suivantes : les actions développées au sein des écoles de l'asthme sont-elles adaptées à l'objectif poursuivi ? Est-il possible d'en évaluer l'impact sur la qualité de la prise en charge du patient asthmatique et son état de santé ? Quel est le taux de couverture de la population cible par ces écoles de l'asthme ? On sait que le nombre d'asthmatiques est estimé à 2,5-3 millions de personnes. L'accès des patients à ces structures d'éducation est-il aisé, équitable ? En d'autres termes : quel est l'impact individuel de ces structures sur le devenir des patients ? Quel est l'impact collectif sur la prise en charge de la maladie asthmatique en France ? Et quelles sont les pistes d'amélioration à promouvoir dans ce domaine.

Lejeune, C., Biquet, C. et Bonnetain, F. (2009). "Estimating the cost related to surveillance of colorectal cancer in French population." *THE EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS* **10**(4): 409-419.

Little is known about costs related to the surveillance of patients that have undergone curative resection of colorectal cancer. The aim of this study was to calculate the observed surveillance costs for 385 patients followed up over a 3-year period, to estimate surveillance costs if French guidelines are respected, and to identify the determinants related to surveillance costs to derive a global estimation for France, using a linear mixed model. The observed mean surveillance cost was - 713. If French recommendations were strictly applied, the estimated mean cost would vary between - 680 and - 1,069 according to the frequency of abdominal ultrasound. The predicted determinants of cost were : age, recurrence, duration of surveillance since diagnosis, and adjuvant treatments. For France, the surveillance cost represented 4.4% of the cost of colorectal cancer management. The cost of surveillance should now be balanced with its effectiveness and compared with surveillance alternatives.

Loubière, S., Rotily, M. et Moatti, J. P. (2003). "Prevention could be less cost-effective than cure: the case of hepatitis C screening policies in France." *Int J Technol Assess Health Care* **19**(4): 632-645.

<https://www.cambridge.org/core/journals/international-journal-of-technology-assessment-in-health-care/article/abs/prevention-could-be-less-costeffective-than-cure-the-case-of-hepatitis-c-screening-policies-in-france/AC618695C76CA4FAC5236566F965B224>

OBJECTIVES: To assess the cost-effectiveness of French recommendations for hepatitis C virus (HCV) screening and the extent to which earlier identification of carriers may or not improve the cost-effectiveness of therapeutic strategies. METHODS: Cost-effectiveness analysis were performed using decision-tree analysis and a Markov model. Four alternative strategies were compared: no screening and no treatment; initiation of HCV treatment after the diagnosis of cirrhosis; and two alternative strategies refer to the current French policies of HCV testing, i.e., two enzyme immunoblot assay (EIA) tests in series, or a polymerase chain reaction (PCR) analysis after the first positive EIA test. Costs were computed from the viewpoint of the health care system. The analysis has been applied to populations particularly at risk of infection, as well as the general population. RESULTS: The "wait and treat

cirrhosis" strategy was more cost-effective in the general population and in transfusion recipients. The incremental cost-effectiveness ratio of this strategy compared with baseline strategy was 3,476 of euros and Euro15,300 in respective cohorts. Considering the HCV screening strategy, the additional cost would be of Euro4,933 and Euro240,250 per additional year of life saved, respectively. In the intravenous drug user (IDU) population, the "two EIA" screening strategy was the more cost-effective alternative, with an additional cost of Euro3,825 per additional year of life saved. CONCLUSIONS: HCV screening would be discarded for transfusion recipients but should be encouraged for IDUs and also for the general population, in which the additional cost of screening is an order of magnitude more acceptable.

Mousques, J., Bourgueil, Y., Le Fur, P., et al. (2010). Effect of a french experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. Document de travail Irdes ; 29. Paris Irdes: 17.

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT29EffectExperGenePractiNursesDiabetPatie ntsCare.pdf>

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité et les coûts d'une expérimentation de travail en équipe entre des infirmières et des généralistes (l'expérimentation ASALEE), dans le cas de la prise en charge des patients souffrant de diabète de type 2. Elle s'appuie sur un design cas/témoin dans lequel nous comparons l'évolution des résultats de soins en termes de processus (procédures standards de suivi) et de résultat final (le contrôle glycémique), ainsi qu'en termes de coûts. Cette comparaison est réalisée entre deux périodes consécutives et entre des patients diabétiques de type 2 suivis dans l'expérimentation (le groupe d'intervention) ou dans le groupe témoin (le groupe contrôle). Nous montrons qu'après onze mois de suivi, les patients ASALEE, comparés à ceux du groupe témoin, ont une plus grande probabilité de rester ou devenir bien suivis en termes d'indicateurs de processus (OR compris entre 2.1 à 6.8, $p < 5\%$), ainsi qu'en termes de contrôle glycémique (OR compris entre 1.8 à 2.7, $p < 5\%$). Ces derniers résultats sont obtenus uniquement lorsque les patients ont bénéficié au moins une consultation infirmière d'éducation et de conseils hygiéno-diététiques en complément du rôle classique des infirmières dans le cadre de l'expérimentation ASALEE, c'est-à-dire la mise à jour des dossiers médicaux informatisés avec l'inscription éventuelle de rappels informatiques à destination des généralistes.

Mousques, J., Bourgueil, Y., Le Fur, P., et al. (2010). "Effect of a french experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care." Health Policy **98**(2-3): 131-143.

[http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510\(10\)00159-4/abstract](http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510(10)00159-4/abstract)

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité et les coûts d'une expérimentation de travail en équipe entre des infirmières et des généralistes (l'expérimentation ASALEE), dans le cas de la prise en charge des patients souffrant de diabète de type 2. Elle s'appuie sur un design cas/témoin dans lequel nous comparons l'évolution des résultats de soins en termes de processus (procédures standards de suivi) et de résultat final (le contrôle glycémique), ainsi qu'en termes de coûts. Cette comparaison est réalisée entre deux périodes consécutives et entre des patients diabétiques de type 2 suivis dans l'expérimentation (le groupe d'intervention) ou dans le groupe témoin (le groupe contrôle). Nous montrons qu'après onze mois de suivi, les patients ASALEE, comparés à ceux du groupe témoin, ont une plus grande probabilité de rester ou devenir bien suivis en termes d'indicateurs de processus (OR compris entre 2.1 à 6.8, $p < 5\%$), ainsi qu'en termes de contrôle glycémique (OR compris entre 1.8 à 2.7, $p < 5\%$). Ces derniers résultats sont obtenus uniquement lorsque les patients ont bénéficié d'au moins une consultation infirmière d'éducation et de conseils hygiéno-diététiques en complément du rôle classique des infirmières dans le cadre de l'expérimentation ASALEE, c'est-à-dire la mise à jour des dossiers médicaux informatisés avec l'inscription éventuelle de rappels informatiques à destination des généralistes.

Pichery, C. (2013). "Apports, limites et perspectives de l'analyse coût-bénéfice en santé environnementale basés sur deux cas d'étude." ENVIRONNEMENT, RISQUES ET SANTE **12**(4): 311-315.

En France, les politiques publiques de prévention mobilisent encore peu l'approche économique comme outil d'aide à la décision. Les conséquences des cas du plomb et du mercure sur la santé des enfants ont mis en évidence le bien-fondé de l'intégration de l'évaluation économique dans les processus de décision publique. L'exposition à ces polluants altère la santé des enfants et provoque des effets indésirables graves, tels que des troubles cognitifs et comportementaux, bien que l'imprégnation, notamment au plomb, constitue un signal sanitaire faible parce qu'elle n'est visible que lors de campagnes de détection ciblées conduisant à des plombémies élevées ou lors d'intoxications graves, alors que les effets seuils n'ont pas été mis en évidence. L'impact économique de l'exposition de la population infantile française à ces substances et sa réduction ont été évalués par l'analyse coût-bénéfice (ACB) qui permet de rapprocher l'objectif à atteindre de l'optimisation des coûts. Les premiers résultats de l'évaluation montrent que des politiques publiques axées sur la réduction de l'exposition à ces polluants permettraient de réaliser des bénéfices monétaires de plusieurs milliards d'euros par année [.]. À partir des travaux empiriques réalisés sur ces deux polluants, cet article revient sur les apports, les limites et les perspectives de l'intégration de l'évaluation économique dans les politiques de prévention des risques neurotoxiques environnementaux et de leurs effets sur la santé des enfants exposés.

Rycke, Y. d., Dib, F., Guillo, S., et al. (2017). Evaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients asthmatiques Sophia Asthme. Résultats Vague A. Paris Cnamts: 361 , tab., graph., fig.

Ce rapport s'inscrit dans le cadre général d'un mandat que la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnamts) a octroyé à l'Inserm Unité 1123 – Epidémiologie Clinique, Evaluation économique, population Vulnérables (ECEVE). Il s'agissait d'évaluer la phase initiale du programme Sophia Asthme 1 à l'aide des données de remboursement de l'assurance maladie (SNIIRAM) chaînées aux données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et de données spécifiques recueillies auprès des participants au programme Sophia Asthme.

Simon, C. (2005). "Prévention de l'obésité : Obésité." LA REVUE DU PRATICIEN **55**(13): 1453-1460.

L'augmentation actuelle de prévalence de l'obésité est la conséquence de changements sociétaux et environnementaux majeurs, qui interagissent avec les facteurs biologiques de susceptibilité individuelle sous-jacents. Les études de prévention contrôlées sont peu nombreuses, mais démontrent qu'il est possible de prévenir la prise de poids et de limiter ses comorbidités par des stratégies visant à modifier le style de vie. Il apparaît toutefois essentiel de développer de nouvelles approches qui ne soient pas uniquement centrées sur l'information et la compétence des individus (changements actifs), mais qui soient associées à des modifications de l'environnement social, culturel, politique, physique et structurel favorisant l'activité physique et des choix alimentaires appropriés (changements passifs). Cela n'exclut pas l'implication des professionnels de santé, mais requiert une approche intégrée et la collaboration de nombreux acteurs : les pouvoirs publics, les secteurs de l'industrie et du commerce, les collectivités territoriales et les communautés locales, les médias... Une évaluation critique et rigoureuse des actions mises en place, qui prenne en compte la faisabilité, la capacité à maintenir durablement les actions et la motivation des acteurs, le rapport coût-efficacité et les éventuels effets collatéraux délétères (stigmatisation, troubles de comportement alimentaire, insuffisance pondérale...) est par ailleurs indispensable.

Sultan-Taieb, H., Serrier, H. et Peyron, C. (2009). "L'évaluation économique des politiques de prévention et santé au travail : enjeux et spécificités." LA LETTRE DU COLLEGE **20**(2): 4-6.

La prévention des risques professionnels constitue un enjeu majeur, en termes de santé publique et de dynamique économique par le biais notamment des effets de la santé sur l'offre de travail. Cette prévention sur le lieu de travail a aussi un rôle à jouer sur l'équilibre des comptes de la sécurité sociale. La branche vieillesse est directement concernée, étant donné que l'arbitrage par les salariés entre une durée de travail plus longue et la liquidation des droits à la retraite est déterminée par l'état de santé, et notamment la santé au travail. La prévention a en effet sur les dépenses de la branche

ATMP de façon directe, et également sur celles de la branche assurance maladie, pour les pathologies et accidents d'origine professionnelle mais non reconnues comme tels. Les enjeux se situent également au niveau des inégalités sociales de santé. L'exposition professionnelle expliquerait la moitié des différences sociales de mortalité par cancer du poumon dans les pays industrialisés. (extrait du texte).

Trontin, C., Glomot, L. et Sabathe, J.-P. (2009). "Analyse coût-bénéfice des actions de prévention : exemple du risque de manutention pour le personnel soignant." HYGIENE ET SECURITE DU TRAVAIL(215): 29-34.

Cet article présente les résultats d'une évaluation coût-bénéfice réalisée dans deux hôpitaux ayant mis en place des programmes de prévention du risque de manutention manuelle. Dans un cas, l'évaluation montre, avec l'hypothèse d'une réduction de 60% des accidents du travail, que les investissements en prévention sont rentabilisés au terme de 3,3 années. Pour le second cas, les bénéfices attendus compenseront 80% du coût de la prévention sur la période retenue de 10 ans en tenant compte d'une réduction de 42% des accidents du travail en lien avec le risque de manutention. Ces deux études soulignent l'intérêt, dans le cadre d'investissements en prévention, du recours à l'évaluation coût-bénéfice. Il convient également de considérer des bénéfices moins tangibles comme l'amélioration de la productivité, l'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'image de l'hôpital.

Tubach, F. et al. (2019). Evaluation médico-économique du service d'accompagnement des individus asthmatiques Sophia Asthme. Deuxième année de déploiement : Rapport d'étude, protocole et annexes. Paris Cnam : 3 vol. (187 +198 +153).

Depuis son lancement en 2014, le service sophia asthme a fait l'objet de deux évaluations médico-économiques ; ces évaluations avaient comme but d'estimer l'impact du service sur le contrôle de l'asthme, les délivrances de traitement de fond et plus généralement le recours aux soins des personnes asthmatiques ainsi que de mesurer son impact sur les dépenses de soins. La phase initiale de mise en œuvre du service sophia asthme a été conduite dans un cadre expérimental, dans 19 sites pilotes depuis fin 2014. Les personnes pouvant potentiellement bénéficier du service sophia asthme ont été identifiées à deux moments différents de l'année 2014 : début 2014 (vague A) et fin 2014 (vague B). La vague A comprend l'ensemble des personnes asthmatiques repérées durant l'année 2013 et la vague B comprend uniquement les personnes nouvellement repérées comme asthmatiques entre octobre 2013 et septembre 2014. La première évaluation à un an de l'expérimentation du service sophia asthme a été réalisée par un prestataire externe : l'équipe 1123 de l'Inserm dirigée par le Professeur Florence Tubach. La deuxième évaluation à deux ans a été confiée au centre de pharmaco-épidémiologie de l'AP-HP dirigé par le Professeur Florence Tubach. La généralisation du service sophia asthme a eu lieu en 2018.

Coût de la prévention à l'international : de nombreuses évaluations de dispositifs ou programmes

FOCUS : UNE ESTIMATION DES DONNEES DE PREVENTION

En 2005, selon l'OCDE, les pays de l'OCDE ne consacraient que 3 % de leur budget santé aux actions de prévention et de sensibilisation du public.

<https://www.oecd.org/fr/sante/lespaysdelocdeneconsacrentque3deleurbudgetsanteauxactionsdepreventionetdesensibilisationdupublic.htm>

En 2011, l'OCDE a mis au point une méthodologie comparable d'élaboration des comptes de la santé dans les pays de l'OCDE.

<https://www.oecd.org/els/health-systems/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>

En 2016, selon une étude de ce même organisme¹¹, les dépenses de prévention variaient de 9 à 280 USD par habitant et représentent 0,4 à 6,1 % de la dépense courante de santé.

ÉTUDES GLOBALES

Arsenijevic, J., Groot, W., Tambor, M., et al. (2016). "A review of health promotion funding for older adults in Europe: a cross-country comparison." *BMC Health Serv Res* **16 Suppl 5**(Suppl 5): 288.

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12913-016-1515-2.pdf>

BACKGROUND: Health promotion interventions for older adults are important as they can decrease the onset and evolution of diseases and thus can reduce the medical costs related to those diseases. However, there is no comparative evidence on how those interventions are funded in European countries. The aim of this study is to explore the funding of health promotion interventions in general and health promotion interventions for older adults in particular in European countries. **METHOD:** We use desk research to identify relevant sources of information such as official national documents, international databases and scientific articles. For a descriptive overview on how health promotion is funded, we focus on three dimensions: who is funding health promotion, what are the contribution mechanisms and who are the collecting agents. In addition to general information on funding of health promotion, we explore how programs on health promotion for older population groups are funded. **RESULTS:** There is a great diversity in funding of health promotion in European countries. Although public sources (tax and social health insurance revenues) are still most often used, other mechanisms of funding such as private donations or European funds are also common. Furthermore, there is no clear pattern in the funding of health promotion for different population groups. This is of particular importance for health promotion for older adults where information is limited across European countries. **CONCLUSIONS:** This study provides an overview of funding of health promotion interventions in European countries. The main obstacles for funding health promotion interventions are lack of information and the fragmentation in the funding of health promotion interventions for older adults.

Ashton, K., Schröder-Bäck, P., Clemens, T., et al. (2020). "The social value of investing in public health across the life course: a systematic scoping review." *BMC Public Health* **20**(1): 597.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7193413/pdf/12889_2020_Article_8685.pdf

¹¹ Paris, V. (2016). Evolution des dépenses de prévention dans les pays de l'OCDE.

BACKGROUND: Making the case for investing in public health by illustrating the social, economic and environmental value of public health interventions is imperative. Economic methodologies to help capture the social value of public health interventions such as Social Return on Investment (SROI) and Social Cost-Benefit Analysis (SCBA) have been developed over past decades. The life course approach in public health reinforces the importance of investment to ensure a good start in life to safeguarding a safe, healthy and active older age. This novel review maps an overview of the application of SROI and SCBA in the existing literature to identify the social value of public health interventions at individual stages of the life course. **METHODS:** A systematic scoping review was conducted on peer-reviewed and grey literature to identify SROI and SCBA studies of public health interventions published between January 1996 and June 2019. All primary research articles published in the English language from high-income countries that presented SROI and SCBA outputs were included. Studies were mapped into stages of the life course, and data on the characteristics of the studies were extracted to help understand the application of social value methodology to assess the value of public health interventions. **RESULTS:** Overall 40 SROI studies were included in the final data extraction, of which 37 were published in the grey literature. No SCBA studies were identified in the search. Evidence was detected at each stage of the life course which included; the birth, neonatal period, postnatal period and infancy (n = 2); childhood and adolescence (n = 17); adulthood (main employment and reproductive years) (n = 8); and older adulthood (n = 6). In addition, 7 studies were identified as cross-cutting across the life course in their aims. **CONCLUSION:** This review contributes to the growing evidence base that demonstrates the use of social value methodologies within the field of public health. By mapping evidence across stages of the life course, this study can be used as a starting point by public health professionals and institutions to take forward current thinking about moving away from traditional economic measures, to capturing social value when investing in interventions across the life course.

Association Internationale de la Sécurité Sociale, Organisation Mondiale de la Santé. (2008). Investir dans la santé : vers le renforcement de la promotion de la santé et de la prévention dans les systèmes d'assurance maladie. Genève, AISS: 7p.

Le coût actuel et attendu des maladies chroniques est lourd de conséquences pour les régimes de sécurité sociale. Les stratégies, telles que la promotion de la santé ou la gestion des maladies chroniques, mises en oeuvre par les systèmes d'assurance maladie pour prévenir les maladies chroniques et permettre à des malades de plus en plus nombreux d'accéder à des soins alliant qualité et bon rapport coût-efficacité seront présentées. Un appel en faveur d'une augmentation de l'investissement dans la prévention et la promotion de la santé sera lancé sur la base des résultats d'une initiative conjointe de l'AISS et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Cawley, J. é. et Kenkel, D. S. é. (2008). The economics of health behaviours. 3 volumes, Cheltenham : Edmard Elgar Publishing
http://www.e-elgar.co.uk/bookentry_main.lasso?id=3954

This three-volume set brings together the most important and interesting papers on the economics of health behaviours such as smoking, drinking, drug use, and risky sex. Volume I explores the theoretical foundations; it also includes empirical papers on the household production of health and the link between schooling and health. Volume II covers research into the prediction and explanations of health behaviours and into the labour market consequences of unhealthy behaviour. Volume III features interactions between health behaviours and the impact of related public policies. This authoritative collection will be of particular interest to economists, social scientists and health services researchers. 85 articles, dating from 1950 to 2006 Contributors include: M.C. Auld, G. Becker, D. Cutler, M. Grossman, J. Gruber, A. Jones, J. Mullahy, T. Philipson, C. Ruhm, J. Sindelar, F. Sloan, J. Van Ours.

Cislaghi, C. (2018). "[What to evaluate in prevention outcomes: Effectiveness, Cost-benefits, Cost-savings, Equity]." Epidemiol Prev **42**(5-6): 372-375.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/02813432.2015.1132887>

Drummond, M. F., O'Brien, B. J., Stoddart, G. L., et al. (2005). Methods for the economic evaluation of health care programmes, Oxford : Oxford University Press

Depuis la publication de la première édition en 1987, « Methods for the economic of health care programmes » est devenu le livre de référence de l'évaluation économique. Une deuxième édition parue en français dix ans après prenait en compte le développement considérable survenu dans ce domaine. Cette troisième édition de 2005 poursuit l'actualisation. On y trouve une présentation synthétique des principes méthodologiques de l'évaluation économique, ainsi qu'une grille d'analyse de la qualité des études d'évaluation, qui peut s'appliquer à n'importe quelle étude publiée. Les principales formes de l'évaluation économique, analyses de coût, coût-efficacité, coût-utilité et coût bénéfique, sont ensuite présentées de façon détaillée et illustrées par des exemples. Une attention spéciale est portée aux analyses coût-utilité et coût-bénéfice, qui ont connu des développements méthodologiques majeurs au cours des dernières années. Cette seconde édition s'est également enrichie de développements concernant le recueil et l'analyse des données, ainsi que la présentation et l'utilisation des résultats des évaluations économiques.

Dutton, D. J., Emery, H., Mullie, T., et al. (2015). Bending the Medicare Cost Curve in 12 Months or Less: How Preventative Health Care can Yield Significant Near-Term Savings for Acute Care in Alberta. SPP Research Papers. Calgary University of Calgary: 23 , fig.

Over the course of more than 30 years, a series of Canadian government commissions and health policy researchers have repeatedly identified the importance of “bending the cost curve” to sustain publicly funded health care, and the potential to do so through upstream investment in health promotion and disease prevention. So far, however, the level of public investment in prevention represents only a slight portion of total public health care expenditure, largely consisting of traditional public health initiatives such as vaccinations, disease screening and information campaigns. This study of the Pure North S'Energy Foundation's preventative health care program — wherein health care usage by program participants was measured against age- and sex-matched control samples — finds that the sort of preventative health care services offered by Pure North can lead to genuine and significant near-term cost savings for Canada's single-payer health care system. Participants in the first year of the program required 25 per cent fewer hospital visits and 17 per cent fewer emergency room visits compared to the control group. Among those who persisted in the program for a year or longer, the effects were even more significant: 45 per cent fewer hospital visits in the year after joining, and 28 per cent fewer visits to emergency departments, compared to the control group.

Fortin, G. (2004). SHA-based health accounts in 13 OECD countries : country studies Canada - National health accounts 1999. Paris, OCDE: 68p.

L'Unité des politiques de santé de l'OCDE et des experts originaires de treize pays Membres ont mené un projet visant à rendre compte des premiers résultats de la mise en oeuvre du Système de comptes de la santé (SCS), également intitulé en anglais, "System of Health Accounts" (SHA). Ces résultats se présentent sous la forme d'une étude comparative (document de travail sur la santé n° 16 de l'OCDE) et d'un ensemble de rapports techniques sur la santé contenant des études par pays. Ce volume est le deuxième de la série, il examine les comptes de la santé fondés sur le SCS au Canada. Les dépenses de santé sont ventilées par fonction, par mode de production, par producteur et par source de financement. L'auteur a réalisé des tableaux de correspondance entre la classification utilisée par le Canada pour la publication de ses comptes nationaux de la santé et la classification internationale pour les comptes de la santé (SHA-ICHA - International Classification for Health Accounts), puis il analyse l'impact et les résultats obtenus par l'utilisation de cette nouvelle classification par rapport à la classification nationale.

Gmeinder, M., Morgan, D. et Mueller, M. (2017). How much do OECD countries spend on prevention? OECD Health Working Papers; 101. Paris OCDE: 48 ,fig., tabl.

http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/diet-physical-activity-and-sedentary-behaviours_54464f80-en

OECD countries face the multiple challenges of rapidly ageing societies with the associated rise in chronic diseases and the ever-present threat from new or evolving communicable diseases. This is within the context of seeking better value for money from the health sector. While a growing body of evidence shows that many health promotion and disease prevention measures can improve health outcomes at relatively low cost, less has been documented – in an internationally comparable way – on how much countries actually invest in such activities and the drivers of prevention spending over the years. This is particularly pertinent in the context of fiscal sustainability and tight public budgets. Using newly available data from across OECD countries, this study examines the differences in spending on prevention both at an aggregate and detailed level. This analysis brings a fresh perspective and raises questions as to the optimal resource allocations within the sector. Time series data is also scrutinised in conjunction with collated policy and public health developments from a number of countries to try to identify some of the drivers behind the observed prevention spending trends. In doing so, directions for further improvement in the underlying data as well as policy implications are discussed.

Goldsmith, L., Hutchison, B. et Hurley, J. (2006). Economic evaluation across the four faces of prevention : a Canadian perspective: 118p.

Ce document fait une revue de littérature sur les coûts et les avantages d'une série d'interventions dont l'objectif est la prévention de maladies et de blessures et la promotion de la santé, utilisant à la fois les articles revus par les pairs et de la littérature grise comme les rapports gouvernementaux. Les auteurs présentent des données sur les évaluations économiques pour cinq interventions de prévention afin d'illustrer la façon dont les données scientifiques d'évaluation économique peuvent soutenir l'élaboration des priorités.

Grootjans-van Kampen, I., Engelfriet, P. M. et van Baal, P. H. (2014). "Disease prevention: saving lives or reducing health care costs?" *PLoS One* **9**(8): e104469.

BACKGROUND: Disease prevention has been claimed to reduce health care costs. However, preventing lethal diseases increases life expectancy and, thereby, indirectly increases the demand for health care. Previous studies have argued that on balance preventing diseases that reduce longevity increases health care costs while preventing non-fatal diseases could lead to health care savings. The objective of this research is to investigate if disease prevention could result in both increased longevity and lower lifetime health care costs. **METHODS:** Mortality rates for Netherlands in 2009 were used to construct cause-deleted life tables. Data originating from the Dutch Costs of Illness study was incorporated in order to estimate lifetime health care costs in the absence of selected disease categories. We took into account that for most diseases health care expenditures are concentrated in the last year of life. **RESULTS:** Elimination of diseases that reduce life expectancy considerably increase lifetime health care costs. Exemplary are neoplasms that, when eliminated would increase both life expectancy and lifetime health care spending with roughly 5% for men and women. Costs savings are incurred when prevention has only a small effect on longevity such as in the case of mental and behavioural disorders. Diseases of the circulatory system stand out as their elimination would increase life expectancy while reducing health care spending. **CONCLUSION:** The stronger the negative impact of a disease on longevity, the higher health care costs would be after elimination. Successful treatment of fatal diseases leaves less room for longevity gains due to effective prevention but more room for health care savings.

Ha, N. T., Huong, N. T., Anh, V. N., et al. (2022). "Modelling in economic evaluation of mental health prevention: current status and quality of studies." *BMC Health Serv Res* **22**(1): 906.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9281039/pdf/12913_2022_Article_8206.pdf

BACKGROUND: The present study aimed to identify and critically appraise the quality of model-based economic evaluation studies in mental health prevention. **METHODS:** A systematic search was performed on MEDLINE, EMBASE, EconLit, PsycINFO, and Web of Science. Two reviewers independently screened for eligible records using predefined criteria and extracted data using a pre-piloted data extraction form. The 61-item Philips Checklist was used to critically appraise the studies. Systematic review registration number: CRD42020184519. **RESULTS:** Forty-nine studies were eligible to be included. Thirty studies (61.2%) were published in 2015-2021. Forty-seven studies were conducted for higher-income countries. There were mainly cost-utility analyses (n = 31) with the dominant primary outcome of quality-adjusted life year. The most common model was Markov (n = 26). Most of the studies were conducted from a societal or health care perspective (n = 37). Only ten models used a 50-year time horizon (n = 2) or lifetime horizon (n = 8). A wide range of mental health prevention strategies was evaluated with the dominance of selective/indicate strategy and focusing on common mental health problems (e.g., depression, suicide). The percentage of the Philip checklist's criteria fulfilled by included studies was 69.3% on average and ranged from 43.3 to 90%. Among three domains of the Philip checklist, criteria on the model structure were fulfilled the most (72.1% on average, ranging from 50.0% to 91.7%), followed by the data domain (69.5% on average, ranging from 28.9% to 94.0%) and the consistency domain (54.6% on average, ranging from 20.0% to 100%). The practice of identification of 'relevant' evidence to inform model structure and inputs was inadequately performed. The model validation practice was rarely reported. **CONCLUSIONS:** There is an increasing number of model-based economic evaluations of mental health prevention available to decision-makers, but evidence has been limited to the higher-income countries and the short-term horizon. Despite a high level of heterogeneity in study scope and model structure among included studies, almost all mental health prevention interventions were either cost-saving or cost-effective. Future models should make efforts to conduct in the low-resource context setting, expand the time horizon, improve the evidence identification to inform model structure and inputs, and promote the practice of model validation.

Husereau, D., Culyer, A. J., Neumann, P., et al. (2015). "How do economic evaluations inform health policy decisions for treatment and prevention in Canada and the United States?" *Appl Health Econ Health Policy* **13**(3): 273-279.

Canadian and US health systems have often been characterized as having vastly different approaches to the financing and delivery of healthcare, with Canada portrayed as more reliant on rationing based on costs. In this article, we examine the similarities and differences between the two countries, the evolution and current role of health economic evaluation, and the roles played by health economists. We suggest both countries have similarly used economic evaluation to a limited extent for drug and immunization decisions, with variability in use more of a reflection of the incompleteness of both systems and their inherent institutional barriers rather than political ideology.

Iisuka, T., Nishiyama, K., Chen, B., et al. (2017). Is Preventive Care Worth the Cost? Evidence from Mandatory Checkups in Japan. *NBER Working Paper Series* ; n° 23413. Cambridge NBER: 51 , tabl., fig., annexes. <http://www.nber.org/papers/w23413>

Using unique individual-level panel data, we investigate whether preventive medical care triggered by health checkups is worth the cost. We exploit the fact that biomarkers just below and above a threshold may be viewed as random. We find that people respond to health signals and increase physician visits. However, we find no evidence that additional care is cost effective. For the "borderline type" ("pre-diabetes") threshold for diabetes, medical care utilization increases but neither physical measures nor predicted risks of mortality or serious complications improve. For efficient use of medical resources, cost effectiveness of preventive care must be carefully examined.

Konchak, C. et Prasad, K. (2012). "Incorporating social network effects into cost-effectiveness analysis: a methodological contribution with application to obesity prevention." *BMJ Open* **2**(6).

OBJECTIVES: To develop a methodology for integrating social networks into traditional cost-effectiveness analysis (CEA) studies. This will facilitate the economic evaluation of treatment policies in settings where health outcomes are subject to social influence. **DESIGN:** This is a simulation study based on a Markov model. The lifetime health histories of a cohort are simulated, and health outcomes compared, under alternative treatment policies. Transition probabilities depend on the health of others with whom there are shared social ties. **SETTING:** The methodology developed is shown to be applicable in any healthcare setting where social ties affect health outcomes. The example of obesity prevention is used for illustration under the assumption that weight changes are subject to social influence. **MAIN OUTCOME MEASURES:** Incremental cost-effectiveness ratio (ICER). **RESULTS:** When social influence increases, treatment policies become more cost effective (have lower ICERs). The policy of only treating individuals who span multiple networks can be more cost effective than the policy of treating everyone. This occurs when the network is more fragmented. **CONCLUSIONS:** (1) When network effects are accounted for, they result in very different values of incremental cost-effectiveness ratios (ICERs). (2) Treatment policies can be devised to take network structure into account. The integration makes it feasible to conduct a cost-benefit evaluation of such policies.

Kossack, N., Berndt, B., Häckl, D., et al. (2020). "[Expenditures of The German Statutory Health Insurance for Health Promotion and Disease Prevention 2012-2017: Positive Effects Due To The Disease Prevention Law?]." *Eur J Health Econ* **82**(3): 282-287.

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10198-019-01086-7.pdf>

BACKGROUND: The German Prevention Act aims to strengthen health promotion and disease prevention. The law makes changes to the so-called "§20 measures". Target values were newly given for the expenditures of the health insurance funds in this area. The objective here was to examine how the prevention expenditures of the statutory health insurance developed in the period from 2012 to 2017, and whether the requirements of the Prevention Act were met. **METHODS:** The accounting results of the statutory health insurance funds were evaluated for the period 2012-2017. The expenditures per insured person were calculated and the changes in expenditures were analysed. The effect of the prevention law was highlighted by differentiation of the time periods 2012-2014 and 2014-2017. **RESULTS:** In 2017, about 2.5% of the total expenditure of the German statutory health insurance, around 5 billion euros, was accounted for in the reported prevention areas. Nearly 60% of these prevention expenditures were on early detection and vaccinations. Expenditure on "§20 measures" amounted to € 7.17 per insured person and thus reached the statutory guideline but accounted for less than 10% of all prevention expenditure. Although prevention expenditure per insured person increased over the period, the proportion of money spent on prevention measures as a whole had decreased since 2015. Expenditure on prevention measures that were directly aimed at the insured (individual approach, bonus programmes) and the setting approach (non-occupational settings, worksite health promotion) had hardly increased overall since the Prevention Act came into force. This effect is due to the equally strong decrease in bonuses for health-conscious behaviour among insured persons, despite the sharp increase in expenditure on company and noncompany settings. **CONCLUSION:** The proportion of money spent on disease prevention in total expenditure is still decreasing. The targets set by the Prevention Act, however, have been reached. Thus, target values have apparently proved to be an effective instrument for regulating prevention expenditure and have led to an increase in expenditure in the setting approach. Overall, there has been no expenditure effect in the area of disease prevention since the Prevention Act was enacted, as compensation was made at the expense of the non-setting measures without target values.

Krauth, C., Liersch, S., Sterdt, E., et al. (2013). "[Health economic evaluation of health promotion - the example "fit for pisa"]." *Gesundheitswesen* **75**(11): 742-746.

The increasing prevalence of risk factors associated with physical inactivity lead to an economic burden on society. The article uses the example of the prevention measure "fit for pisa" to investigate to what extent a full economic evaluation can provide a basis for decision-makers. The intervention integrated the daily physical education at 5 primary schools in Gottingen for the entire school term.

The study is intended to provide information on short- and long-term potential savings. A process analysis identified the prevention performance from a societal perspective. Resource consumption was recorded in (partly) standardised form and evaluated and also revealed the need for investment in sports halls with capacity to expand the programme to all primary schools in Gottingen. In the routine the implementation costs of half-day schools are 619 euro per student year; for all-day schools 236 euro per student year. The consideration of the short-term outcomes shows that TV viewing has decreased and physical activity has been strongly encouraged. The active life style promotion has shown an improvement on BMI in the medium-term. On the basis of a decision analytical model, a cost-benefit analysis of the program over the life course will be undertaken.

Kremastioti, V., Anastasiou, A., Liargovas, P., et al. (2018). "Economic Evaluation of Health Programs – Health Expenditures in the European Union." *Valahian Journal of Economic Studies* 9: 109-118.

Health Care is a sensitive issue that concerns not only the individual but also society in general. Health economics are a specialization of the economists in the health sector who aim for the proper function of hospital administration. It deals with issues related to the financing and delivery of health services and the role of such services and other personal decisions in contributing to personal health. Many researches refer to the problems that each health unit faces, emphasizing on the resources, programs and health expenditure. Some of these programs, especially the most effective, are mentioned in this research. Their creation was based on the best quality of health services in all OECD countries. With this research, we aim to develop a methodological framework for evaluating the total health expenditure (consists of all expenditures or outlays for medical care, prevention, promotion, rehabilitation, community health activities, health administration and regulation and capital formation with the predominant objective of improving health) in the 23 OECD countries, by creating a panel data regression and analyzing the results, from 2000 to 2014. For this reason, some of the most important variables (macroeconomic and related to the health sector), were used as tools to assess the performance of each country, as far as the resources and the expenditure for the health care are concerned. Every explanatory variable that was used in this sample, but also the combination of a number of these explanatory variables showed a positive correlation with total expenditures as a percentage of GDP in the majority of the equations. Some variables showed a negative correlation with total health expenditures, which doesn't fit with the economic theory. Financial crisis is the reason for this.

Le, L. K., Esturas, A. C., Mihalopoulos, C., et al. (2021). "Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations." *PLOS MEDICINE* 18(5): e1003606. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8148329/pdf/pmed.1003606.pdf>

BACKGROUND: The prevention of mental disorders and promotion of mental health and well-being are growing fields. Whether mental health promotion and prevention interventions provide value for money in children, adolescents, adults, and older adults is unclear. The aim of the current study is to update 2 existing reviews of cost-effectiveness studies in this field in order to determine whether such interventions are cost-effective. **METHODS AND FINDINGS:** Electronic databases (including MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, and EconLit through EBSCO and Embase) were searched for published cost-effectiveness studies of prevention of mental disorders and promotion of mental health and well-being from 2008 to 2020. The quality of studies was assessed using the Quality of Health Economic Studies Instrument (QHEI). The protocol was registered with PROSPERO (# CRD42019127778). The primary outcomes were incremental cost-effectiveness ratio (ICER) or return on investment (ROI) ratio across all studies. A total of 65 studies met the inclusion criteria of a full economic evaluation, of which, 23 targeted children and adolescents, 35 targeted adults, while the remaining targeted older adults. A large number of studies focused on prevention of depression and/or anxiety disorders, followed by promotion of mental health and well-being and other mental disorders. Although there was high heterogeneity in terms of the design among included economic evaluations, most studies consistently found that interventions for mental health prevention and promotion were cost-effective or cost saving. The review found that targeted prevention was likely to be cost-effective compared to universal prevention. Screening plus psychological interventions (e.g., cognitive behavioural therapy

[CBT]) at school were the most cost-effective interventions for prevention of mental disorders in children and adolescents, while parenting interventions and workplace interventions had good evidence in mental health promotion. There is inconclusive evidence for preventive interventions for mental disorders or mental health promotion in older adults. While studies were of general high quality, there was limited evidence available from low- and middle-income countries. The review was limited to studies where mental health was the primary outcome and may have missed general health promoting strategies that could also prevent mental disorder or promote mental health. Some ROI studies might not be included given that these studies are commonly published in grey literature rather than in the academic literature. CONCLUSIONS: Our review found a significant growth of economic evaluations in prevention of mental disorders or promotion of mental health and well-being over the last 10 years. Although several interventions for mental health prevention and promotion provide good value for money, the varied quality as well as methodologies used in economic evaluations limit the generalisability of conclusions about cost-effectiveness. However, the finding that the majority of studies especially in children, adolescents, and adults demonstrated good value for money is promising. Research on cost-effectiveness in low-middle income settings is required. TRIAL REGISTRATION: PROSPERO registration number: CRD42019127778.

Leider, J. P., Resnick, B., Bishai, D., et al. (2018). "How Much Do We Spend? Creating Historical Estimates of Public Health Expenditures in the United States at the Federal, State, and Local Levels." *American Review of Public Health* 39: 471-487.

https://www.researchgate.net/profile/Jonathon-Leider/publication/322589865_How_Much_Do_We_Spend_Creating_Historical_Estimates_of_Public_Health_Expenditures_in_the_United_States_at_the_Federal_State_and_Local_Levels/links/5ae7771ea6fdcc03cd8db117/How-Much-Do-We-Spend-Creating-Historical-Estimates-of-Public-Health-Expenditures-in-the-United-States-at-the-Federal-State-and-Local-Levels.pdf

The United States has a complex governmental public health system. Agencies at the federal, state, and local levels all contribute to the protection and promotion of the population's health. Whether the modern public health system is well situated to deliver essential public health services, however, is an open question. In some part, its readiness relates to how agencies are funded and to what ends. A mix of Federalism, home rule, and happenstance has contributed to a siloed funding system in the United States, whereby health agencies are given particular dollars for particular tasks. Little discretionary funding remains. Furthermore, tracking how much is spent, by whom, and on what is notoriously challenging. This review both outlines the challenges associated with estimating public health spending and explains the known sources of funding that are used to estimate and demonstrate the value of public health spending

Majnoni D'Intignano, B. (2013). *Santé et économie en Europe*. Paris, PUF

A l'heure des déficits, des conflits, du malaise des professionnels de santé et de l'inquiétude des Européens pour leur système de santé, comment concevoir les réformes ? Que vaut la vie humaine selon les pays et leur développement ? Comment rémunérer les médecins et les hôpitaux ou faire payer les malades ? Que retenir des expériences étrangères ? Le progrès technique est-il vraiment cher et sera-t-il rationné ? A l'appui de graphiques convaincants, ce livre répond aux citoyens, aux professionnels et aux politiques. Il propose trois fascinants scénarios pour une Europe vieillissante.

Martin, J. P. (2003). *A disease-based comparison of Health Systems : what is best and at what cost ?* Paris, OCDE: 363p.

L'objectif ce rapport est d'analyser les meilleurs composants possibles d'un système de santé dans la prise en charge des maladies liées au vieillissement, que se soit au niveau prévention, dépistage, technologie et traitement. Les principales maladies étudiées sont les cardiopathies ischémiques, les infarctus et le cancer du sein. Rassemblant les contributions de différents experts internationaux, cet ouvrage analyse aussi les différences obtenues entre pays industrialisés dues aux caractéristiques propres des politiques de santé nationales.

Martin, S., Lomas, J. et Claxton, K. (2019). Is an Ounce of Prevention Worth a Pound of Cure? Estimates of the Impact of English Public Health Grant on Mortality and Morbidity. *CHE Research Paper Series ; 166*. York University of York: 30 , tabl., fig., annexes.

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP166_Impact_Public_Health_Mortality_Morbidity.pdf

Most previous attempts to estimate the marginal productivity of English health care expenditure have employed instruments that rely on statistical tests alone for their justification. A new approach to instrumentation has proposed the use of 'funding rule' variables as instruments, which can be justified on theoretical grounds. We exploit the availability of a funding formula for local authority (LA) public health expenditure in England to investigate the relationship between such expenditure and mortality. Although there have been many studies of the impact of specific health promotion activities on outcomes, we are not aware of any successful attempts to relate English public health expenditure to mortality. Moreover, by converting healthcare (treatment) expenditure to a local authority geography, we are also able to estimate an outcome specification that includes both treatment (healthcare) and prevention (public health) expenditure. This enables us to identify the relative contribution of both types of expenditure to reductions in mortality. Previously published work has linked effects on disease specific mortality to changes in quality-adjusted life years. We use these estimates to report the cost per quality-adjusted life year (QALY) for both treatment and public health (prevention) expenditure.

Martin, S., Rice, N. et Smith, P. C. (2007). Further evidence on the link between health care spending and health outcomes in England. *CHE Research Paper Series ; n°32*. York University of York: 50 , tabl.

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp32.pdf>

This report describes results from research funded by the Health Foundation under its Quest for Quality and Improved Performance (QQuIP) initiative. It builds on our earlier report for the Health Foundation ? The link between health care spending and health outcomes: evidence from English programme budgeting data ? that took advantage of the availability of a major new dataset to examine the relationship between health care expenditure and mortality rates for two disease categories (cancer and circulation problems) across 300 English Primary Care Trusts. Our results are useful from a number of perspectives. Scientifically, they confirm our previous findings that health care has an important impact on health across a range of conditions, suggesting that those results were robust across programmes of care and across years. From a policy perspective, these results can help set priorities by informing resource allocation across a larger number of programmes of care. They also add further evidence to help NICE decide whether its current QALY threshold is at the right level.

Mason, A., Rodriguez Santana, I., Aragon, M. J., et al. (2019). Drivers of health care expenditure: Final report. *CHE Research Paper Series ; 169*. York University of York: 49 , tabl., fig.

<https://ideas.repec.org/p/chy/respap/169cherp.html>

Since the NHS was established in 1948, growth in health care expenditure (HCE) has outpaced the rise in both GDP and in total public expenditure. Known drivers of HCE growth include demographic factors, income and wealth effects, technology and cost pressures. To identify the challenges and opportunities for developing a model of healthcare demand, this report addressed two research questions: 1. What are the drivers of past trends in health care expenditure and how much has each of the drivers contributed to past increases in expenditure? 2. How much has each type of service contributed to past trends in health care expenditure and why have there been different trends for different types of care? We set out a conceptual framework for understanding drivers of HCE, placing it in the broader context of underlying drivers of demand and macroeconomic trends. We reviewed studies from higher-income countries published over the last decade, and analysed datasets compiled in-house of cost and volume of care by different settings. We linked data on HCE trends to relevant, settingspecific evidence from the literature review. We identified 52 studies using aggregate data and

54 individual-level studies. The relative contribution of different drivers could not be quantified due to heterogeneity in study methodologies. Aggregate studies using longer panels of data show that the relationship between HCE and its drivers is non-linear, varies over time and varies cross countries. These studies mostly find a strong, positive relationship between HCE and technological progress. Individual-level studies usually rely on observational, non-experimental data from administrative databases, such as claims data or registers, or on survey data or cohort studies. Trends in HCE from 2008/9 to 2016/17 reveal that the largest rises were in high cost drugs (231%), chemotherapy (113%) and attendances at A&E (59%) or outpatient departments (57%). Most evidence on the drivers of HCE related to hospital care, but we found no studies explaining the factors behind the rise in expenditure on chemotherapy or high cost drugs. We conclude by presenting four lessons that could inform decisions on building a projections model of health care expenditure.

Masters, R., Anwar, E., Collins, B., et al. (2017). "Return on investment of public health interventions: a systematic review." *J Epidemiol Community Health* **71**(8): 827-834.

<https://jech.bmj.com/content/jech/71/8/827.full.pdf>

BACKGROUND: Public sector austerity measures in many high-income countries mean that public health budgets are reducing year on year. To help inform the potential impact of these proposed disinvestments in public health, we set out to determine the return on investment (ROI) from a range of existing public health interventions. **METHODS:** We conducted systematic searches on all relevant databases (including MEDLINE; EMBASE; CINAHL; AMED; PubMed, Cochrane and Scopus) to identify studies that calculated a ROI or cost-benefit ratio (CBR) for public health interventions in high-income countries. **RESULTS:** We identified 2957 titles, and included 52 studies. The median ROI for public health interventions was 14.3 to 1, and median CBR was 8.3. The median ROI for all 29 local public health interventions was 4.1 to 1, and median CBR was 10.3. Even larger benefits were reported in 28 studies analysing nationwide public health interventions; the median ROI was 27.2, and median CBR was 17.5. **CONCLUSIONS:** This systematic review suggests that local and national public health interventions are highly cost-saving. Cuts to public health budgets in high income countries therefore represent a false economy, and are likely to generate billions of pounds of additional costs to health services and the wider economy.

Mays, G. P. (2013). "Public Health Expenditures, Public Health Delivery Systems, and Population Health." *Health Management and Policy Presentations*(39): 40p.

McDaid, D., Sassi, F. éd et Merkur, S. éd. (2015). *Promoting Health, Preventing Disease. The Economic Case*, Maidenhead : Open University Press

<http://www.euro.who.int/fr/about-us/partners/observatory/publications/studies/promoting-health,-preventing-disease-the-economic-case>

Cet ouvrage envisage la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques sous l'angle de l'économie, et énonce les raisons d'évaluer la pertinence des interventions sur le plan économique. Il passe méthodiquement en revue les bases factuelles à l'appui de toute une série d'interventions de santé publique, en envisageant non seulement leur efficacité pour l'amélioration de la santé de la population, mais aussi le coût de leur mise en œuvre, leurs effets sur les dépenses de santé et leurs répercussions d'ordre économique au sens plus large. Une perspective économique ne se limite pas à un calcul des coûts liés à la mauvaise santé. Il s'agit de comprendre comment les incitants économiques peuvent pousser la population à choisir un style de vie sain. Cet ouvrage fournit des outils pour l'élaboration de stratégies efficaces et efficientes et aborde le thème des compromis à faire entre les différents objectifs d'une amélioration de la santé publique tout en ayant conscience de la nécessité de lutter contre les inégalités entre individus et populations quant aux résultats obtenus dans le domaine sanitaire. Cet ouvrage illustre de manière concrète les méthodes et les mesures des coûts et des résultats employées dans l'évaluation des interventions ; couvre les facteurs de risque précis, dont le tabagisme, l'alcool, les habitudes alimentaires peu saines, l'inactivité physique, la mauvaise santé mentale et les facteurs environnementaux nocifs ; envisage des thématiques transversales, dont les principaux problèmes rencontrés dans la mise en œuvre, les inégalités dans le

domaine sanitaire et les bienfaits des interventions menées aux premiers stades de la vie (résumé des éditeurs).

Merkur, S., Sassi, F., McDaid, D., et al. (2013). Promoting health, preventing disease : is there an economic case ? Copenhagen, OMS - Bureau régional de l'Europe: 72p.

There is an evidence base from controlled trials and well-designed observational studies on the effectiveness of a wide range of health promotion and disease prevention interventions that address risk factors to health. These include measures to reduce the risk of smoking and alcohol consumption, increase physical activity and promote more healthy diets, protect psychological and emotional well-being, reduce environmental harms and make road environments safer. Many of these actions may be both funded and delivered outside of the health sector. There is also an evidence base suggesting that a number of cost-effective health promotion and disease prevention interventions are available. Some of these interventions will be cost-saving, but most will generate additional health (and other) benefits for additional costs. However this evidence base must be treated with caution, given that many interventions have only been assessed in a small number of settings and different methods and assumptions are made in different studies.

Michaeli, D. T., Yagmur, H. et Michaeli, T. (2022). Germany's Healthcare System: Funding, Resource Allocation, Provider Payment, Efficiency, and Access: 14 , tab., graph.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4072939

Germany's healthcare system is praised as one of the best in the world. In this article, we review Germany's health system by critically analysing its structure, funding, resource allocation, provider payments, efficiency, health outcomes, and access. Whilst health provision and access are comparably high, signs of technical inefficiencies exist. Although health expenditures are rising, outcomes remain average. The co-existence of social and private health insurance leads to inequality in access (preferential treatment) and outcomes. This parallel structure and numerous federal agencies further increase administrative burdens and unavoidable costs. Autonomous self-governing bodies within the well-designed legal framework ensure a balanced competitive healthcare system. Recent regulations reformed long-term care, increased retirement age, and promote prevention and eHealth, besides aiming to introduce pay-for-performance in hospitals.

Morgan, D. et Astolfi, R. (2014). Health Spending Continues to Stagnate in Many OECD Countries. OECD Health Working Paper; 68. Paris OCDE: 25 , tabl.

The global economic crisis which began in 2008 has had a dramatic effect on health spending across OECD countries. Estimates of expenditure on health released back in 2012 showed that, for the first time, health spending had slowed markedly or fallen across many OECD countries after years of continuous growth. As a result, close to zero growth in health expenditure was recorded on average in 2010. Preliminary estimates suggested that the low or negative growth in health spending was set to continue in many OECD countries in following years...

Nielsen, I.-K. (2004). SHA-based health accounts in 13 OECD countries : country studies Denmark - National health accounts 1999. Paris, OCDE: 37p.

L'Unité des politiques de santé de l'OCDE et des experts originaires de treize pays Membres ont mené un projet visant à rendre compte des premiers résultats de la mise en oeuvre du Système de comptes de la santé (SCS), également intitulé en anglais, "System of Health Accounts" (SHA). Ces résultats se présentent sous la forme d'une étude comparative (document de travail sur la santé n° 16 de l'OCDE) et d'un ensemble de rapports techniques sur la santé contenant des études par pays. Ce volume est le troisième de la série, il examine les comptes de la santé fondés sur le SCS au Danemark. Les dépenses de santé sont ventilées par fonction, par mode de production, par producteur et par source de financement.

OCDE (2013). Expenditure on Prevention Activities under SHA 2011:Supplementary Guidance. Paris OCDE: 27 , tabl., fig.

http://www.oecd.org/els/health-systems/Expenditure-on-prevention-activities-under-SHA-2011_Supplementary-guidance.pdf

Experience from the substantial health gains of the 20th century suggests that spending on prevention could be an important factor. Therefore, gathering data on such spending that are consistent and comparable, both over time and across countries, is potentially very useful. This paper aims to help clarify what should be included as spending on prevention under SHA 2011 to facilitate accurate comparisons.

OMS (2021). Spending on health in Europe: entering a new era. Copenhagen OMS: xx + 95.

<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/spending-on-health-in-europe-entering-a-new-era-2021>

This report analyses health spending in 53 countries in the WHO European Region from 2000 to 2018 (the latest year for which internationally comparable data are available). It reviews key patterns and trends in health spending over time and across countries in the following areas: health spending before the COVID-19 pandemic; the priority given to health in government budgets; the adverse effects of out-of-pocket payments on financial protection; compulsory health financing arrangements and their impact on progress towards universal health coverage; spending on primary health care; the implications of COVID-19 for health spending; and the role of public policy in mitigating the negative effects of the pandemic and building health system resilience.

OMS. Bureau Régional de l'Europe (2008). The economic costs of ill health in the European Region. Copenhagen, Organisation mondiale de la santé: 33p.

Evidence on the economic costs of ill health (or, reversely, the benefits of good health) is essential in assessing the economic return on health investment. But understanding what those costs/benefits mean and how they should be measured is equally essential. Public policy discourse on the economic consequences/costs of ill health has been handicapped by considerable confusion about what the term means. Noting that without an a priori definition of the cost concept at issue no meaningful discourse can ensue, we address three economic concepts.

Orosz, E. et Morgan, D. (2004). SHA (System of Health Accounts) - based National Health Accounts in thirteen OECD countries : a comparative analysis. OECD Health Working Papers ; 16. Paris OCDE: 63 , tabl.

<http://www.oecd.org/dataoecd/10/53/33661480.pdf>

En réponse aux besoins urgents de statistiques fiables et comparables sur le financement et les dépenses et de santé, l'OCDE, en coopération avec des experts de pays membres de l'OCDE, a développé le manuel Système de comptes de la santé (SCS), dont la première version (1.0) a été publiée en 2000. Depuis sa parution, une abondante d'information a été recueillie dans plusieurs pays membres de l'OCDE pendant le processus de mise en place du SCS, et plusieurs publications nationales ont déjà parues. Par ailleurs, le Communiqué des Ministres de la Santé, distribué au moment de la première réunion des Ministres de la Santé de l'OCDE le 13 et le 14 mai, a souligné l'importance de la mise en place du SCS dans les pays membres, comme étant une partie clé du programme de travail de l'OCDE sur la santé. Avec ce document de travail, le Secrétariat prévoit de lancer une série de publications biennuelles qui, en conjonction avec les Rapports Techniques sur la Santé, servira de source unique de données systématiques et comparables des dépenses de santé, avec une analyse comparative et une interprétation des résultats des comptes de santé SCS. Ce document analyse, de façon comparative, le financement et l'approvisionnement des types de services (fonctions de soins) et comment l'argent est dépensé par les agents de financement des systèmes de santé dans les pays participants à l'étude. En outre, les résultats principaux sont présentés pays par pays dans une série de treize Rapports Techniques sur la Santé, appuyés par une documentation méthodologique détaillée. Par ailleurs, l'analyse de la disponibilité et de la comparabilité des données détaille dans quels

domaines une plus grande harmonisation des classifications nationales avec la Classification internationale pour les comptes de santé (SCS-ICHA) devrait se poursuivre. Treize pays ont participé à cette étude pilote : l'Australie, le Canada, le Danemark, l'Allemagne, la Hongrie, le Japon, la Corée, le Mexique, les Pays-Bas, la Pologne, l'Espagne, la Suisse et la Turquie. La prochaine édition, qui sera publiée en 2006, comprendra davantage de pays. Pour mettre ces résultats à la disposition du plus grand nombre, ce document et les Rapports Techniques sur la Santé sont également disponibles sur le site Internet de l'OCDE : www.oecd.org/els/health/workingpapers.

Osuagwu, E. (2021). Does Affordable Care Act Promote Preventive Care Services? MPRA Paper; 112946. Munich MPRA: 14, tabl., fig.
https://mpra.ub.uni-muenchen.de/112946/1/MPRA_paper_112946.pdf

This paper investigates whether the Affordable Care Act of 2010 adequately provides for preventive care services, which is a major element for the provision of universal healthcare for the American people. The paper relies on a historical review of the provisions of the Act and empirical evidence from literature to conclude that the Affordable Care Act has adequate provisions for preventive care services. The paper therefore suggests that policy makers should expand the enrollment period to accommodate individuals who may not be able to register within the enrolment period but may stand in need of a comprehensive periodic care, especially pregnant women who need prenatal care during the term of their pregnancy. The paper also recommends that those states yet to establish exchanges should set aside political differences, to enable the citizens take appropriate steps to benefit from the preventive care services provided by the healthcare program. The paper then concludes that the universality of the Affordable Care Act implies a good implementation of preventive care services

Paris, V. (2016). Evolution récente des dépenses de prévention dans les pays de l'OCDE, Paris : OCDE

Présentée lors de la Commission des comptes de la santé du 5 septembre 2016, cette communication analyse en les comparant les dépenses de prévention dans les pays de l'OCDE. Elle inclut une définition du champ retenu ainsi que l'approche méthodologique utilisée qui se fonde sur le cadre 2011 des comptes de la santé (SHA - System of Health Account).

Phillips, J. F. (2009). "Using an ounce of prevention: does it reduce health care expenditures and reap pounds of profits? A study of the financial impact of wellness and health risk screening programs." Journal of health care finance **36**(2): 1-12.
<http://europepmc.org/abstract/MED/20499716>

As we are all well aware, health care expenditures in the United States are out of control and growing at epic proportions. Since private industry shoulders a significant burden of paying these rising health care costs, the huge and ever increasing sum paid by these corporations continues to impact the US economy translating into higher prices of services and manufactured goods and reduced job opportunities when companies outsource jobs or locate manufacturing facilities to avoid paying health care benefits for workers. As a result, health care expenditures have become a centerpiece of an enormous public policy debate as Congress is currently working on several versions of a bill to completely revise health care from the ground up. This research project was accomplished to examine the effectiveness of one approach to control rising health care costs and contain corporate financial responsibility--the establishment of wellness and health risk screening programs to improve the health of employees. Total health care cost per insured individual was gathered through an online survey directly from health care benefit administrators. The survey also asked information about wellness and health risk screening programs and the related responses were used to determine if there were a relationship between health care costs and health prevention programs. While statistical analysis was hampered in the current study because of the small sample size, some valid conclusions were reached. The study was successful in identifying a benchmark of Average Total Health Care Cost per Individual from \$5,100 to \$5,800 for 2005 through 2007. This is especially interesting in light of the fact that an average of \$7,026 was spent on health care per person in 2006 in the United States. The study was also able to contribute an estimate of the increase realized in these expenditures of 6 percent in 2007

over 2006, and 4 percent in 2006 over 2005, which were in fact similar to the national average. The final contribution of the study is to suggest an explanation for the costs which appear to be holding their own in terms of the national average. While this cannot be statistically verified, it does seem that the active participation of these companies in wellness programs could be a factor. Wellness programs were very popular in this sample of companies as 82 percent of the respondents answered "YES" when asked if the company funds their own employee wellness program. This is an impressive number of companies that have recognized wellness programs as a potential means to reduce employee health care costs. In regards to specific programs, at least 50 percent of respondents answered that they have smoking cessation, employee fitness, counseling, health risk screening, and bio-metric screening programs. The existence of health screening variables show an impressive 73 percent of respondents do practice some sort of health care screening, 50 percent offer biometric screening while 18 percent have onsite clinics and 23 percent run annual employee fairs.

Rechel, B., Jakubowski, E., McKee, M., et al. (2018). Organization and financing of public health services in Europe. *Health Policy Series*; 50. Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe: xii+154 ,tabl., fig.

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/organization-and-financing-of-public-health-services-in-europe-country-reports-2018>

Cet ouvrage rassemble ce que l'on sait actuellement de l'organisation et du financement des services de santé publique en Europe. Il s'appuie sur des rapports nationaux concernant l'organisation et le financement des services de santé publique dans neuf pays européens et sur une analyse approfondie du rôle joué par les services de santé publique dans la lutte contre trois problèmes de santé publique se posant aujourd'hui (l'alcool, l'obésité et la résistance aux antimicrobiens). L'accent est mis sur quatre dimensions fondamentales des services de santé publique : l'organisation, le financement, les effectifs de la santé publique et l'assurance de la qualité. This volume brings together current knowledge on the organization and financing of public health services in Europe. It is based on country reports on the organization and financing of public health services in nine European countries and an in-depth analysis of the involvement of public health services in addressing three contemporary public health challenges (alcohol, obesity and antimicrobial resistance). The focus is on four core dimensions of public health services: organization, financing, the public health workforce, and quality assurance.

Reeves, P., Edmunds, K., Searles, A., et al. (2019). "Economic evaluations of public health implementation-interventions: a systematic review and guideline for practice." *Public Health* **169**: 101-113.

OBJECTIVES: Implementation interventions applied in public health are about using proven strategies to influence the uptake of evidence-based prevention and health promotion initiatives. The decision to invest in implementation has an opportunity cost, which can be overlooked. The purpose of this study was to assess the extent to which economic evaluations have been applied to implementation interventions in public health. **STUDY DESIGN:** We conducted a systematic review of empirical studies examining the costs and consequences, cost-effectiveness or cost-benefit of strategies directed towards enhancing the implementation of public health interventions and policies in developed countries. **METHODS:** The following databases were searched for English language publications reporting both effect measures and costs, from 1990 to current: MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL, EconLit, EPPI-Centre database of health promotion research, Cost-Effectiveness Analysis Registry, NHS Economic Evaluation Database, Informit and Scopus. **RESULTS:** The search strategy returned 3229 records after duplicate removal, from which we included 14 economic evaluations. All the included evaluations were conducted and published after 2000. Twelve of the 14 evaluations were based on controlled trials and two reported hypothetical modelled scenarios. The methodologic rigour and compliance with reporting guidelines for economic evaluations was highly varied and not related to the publication date. **CONCLUSIONS:** Our findings offer the first insight into the application and methodologic rigour of economic evaluations of implementation strategies supporting public health policies and interventions. To usefully inform public health policy and investment decisions, there needs to be greater application of economic evaluation to understand the cost-effectiveness of alternative implementation efforts. This review highlights the great paucity and mixed quality of the

evidence on this topic and offers guidance by way of a checklist to improve the quality and reporting of future evaluations.

Relano Toledano, J., Garcia Calatayud, M.-L. (2004). SHA-based health accounts in 13 OECD countries : country studies Spain - National health accounts 2001. Paris, OCDE: 42p.

L'Unité des politiques de santé de l'OCDE et des experts originaires de treize pays Membres ont mené un projet visant à rendre compte des premiers résultats de la mise en oeuvre du Système de comptes de la santé (SCS), également intitulé en anglais, "System of Health Accounts" (SHA). Ces résultats se présentent sous la forme d'une étude comparative (document de travail sur la santé n° 16 de l'OCDE) et d'un ensemble de rapports techniques sur la santé contenant des études par pays. Ce volume est le onzième de la série, il examine les comptes de la santé fondés sur le SCS en Espagne. Les dépenses de santé sont ventilées par fonction, par mode de production, par producteur et par source de financement.

Sachs, J. D. (2001). Macroeconomics and health : investing in Health for Economic Development. Genève, OMS: 200p.

Ce rapport réalisé par la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS tend à démontrer que la santé est un objectif prioritaire en tant que tel, de même qu'un élément essentiel du développement économique et de la lutte contre la pauvreté. Il vient utilement compléter la réflexion engagée à Hobsor en Norvège en avril 2001 par les secrétariats de l'OMS et de l'OMC sur le financement des médicaments essentiels dans les pays en développement, ou bien encore celle qui a été développée sur ce même thème par l'Académie Nationale de Médecine en octobre dernier. Si ce rapport a le mérite d'apporter des éléments d'appréciation nouveaux quant au financement international requis pour garantir l'accès efficace aux médicaments essentiels dans les pays pauvres, il ne répond pas encore de manière satisfaisante en ce qui concerne le système de fixation différenciée des prix qu'il convient de mettre en place. Il ne répond pas non plus à une préoccupation forte des industriels en matière de séparation des marchés, afin d'empêcher tout détournement de marchandises tout en tenant compte des règles commerciales internationales.

Schäfer, W. L., Boerma, W. G., Spreeuwenberg, P., et al. (2016). "Two decades of change in European general practice service profiles: conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012." *Scand J Prim Health Care* **34**(1): 97-110.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911033/pdf/ipri-34-97.pdf>

OBJECTIVE: Evidence regarding the benefits of strong primary care has influenced health policy and practice. This study focuses on changes in the breadth of services provided by general practitioners (GPs) in Europe between 1993 and 2012 and offers possible explanations for these changes. **DESIGN:** Data on the breadth of service profiles were used from two cross-sectional surveys in 28 countries: the 1993 European GP Task Profile study (6321 GPs) and the 2012 QUALICOPC study (6044 GPs). GPs' involvement in four areas of clinical activity (first contact care, treatment of diseases, medical procedures, and prevention) was established using econometric analyses. The changes were measured by the relative increase in the breadth of service profiles. Associations between changes and national-level conditions were examined through regression analyses. Data on the national conditions were used from various other public databases including the World Databank and the PHAMEU (Primary Health care Activity Monitor) database. **SETTING:** A total of 28 European countries. **SUBJECTS:** GPs. **MAIN OUTCOME MEASURE:** Changes in the breadth of GP service profiles. **RESULTS:** A general trend of increased involvement of European GPs in treatment of diseases and decreased involvement in preventive activities was observed. Conditions at the national level were associated with changes in the involvement of GPs in first contact care, treatment of diseases and, to a limited extent, prevention. Especially in countries with stronger growth of health care expenditures between 1993 and 2012 the service profiles have expanded. In countries where family values are more dominant the breadth in service profiles decreased. A stronger professional status of GPs was positively associated with the change in first contact care. **CONCLUSIONS:** GPs in former communist countries and Turkey have

increased their involvement in the provision of services. Developments in Western Europe were less evident. The developments in the service profiles could only to a very limited extent be explained by national conditions. A main driver of reform seems to be the changes in health care expenditure, which may indicate a notion of urgency because there may be a pressure to curb the rising expenditures. KEY POINTS: Broad GP service profiles are an indicator of strong primary care in a country. It is expected that developments in the breadth of GP service profiles are influenced by various national conditions related to the urgency to reform, politics, and means. Between 1993 and 2012 the involvement of GPs in European countries in treatment of diseases increased and their involvement preventive activities decreased. The national conditions were found to be associated with changes in GPs' involvement as first contact of care, treatment of diseases, and, to a limited extent, prevention. More specifically, in countries with a stronger growth in health care expenditures, service profiles of European GPs have expanded more in the past decades.

Schneider, M. T., Chang, A. Y., Chapin, A., et al. (2021). "Health expenditures by services and providers for 195 countries, 2000–2017." *BMJ Global Health* 6(7): e005799.

<https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/7/e005799.full.pdf>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8327839/pdf/bmjgh-2021-005799.pdf>

Introduction National Health Accounts are a significant source of health expenditure data, designed to be comprehensive and comparable across countries. However, there is currently no single repository of this data and even when compiled major gaps persist. This research aims to provide policymakers and researchers with a single repository of available national health expenditures by healthcare functions (ie, services) and providers of such services. Leveraging these data within statistical methods, a complete set of detailed health expenditures is estimated. Methods A methodical compilation and synthesis of all available national health expenditure reports including disaggregation by healthcare functions and providers was conducted. Using these data, a Bayesian multivariate regression analysis was implemented to estimate national-level health expenditures by the cross-classification of functions and providers for 195 countries, from 2000 to 2017. Results This research used 1662 country-years and 110 070 data points of health expenditures from existing National Health Accounts. The most detailed country-year had 52% of the categories of interest reported. Of all health functions, curative care and medical goods were estimated to make up 51.4% (uncertainty interval (UI) 33.2% to 59.4%) and 17.5% (UI 13.0% to 26.9%) of total global health expenditures in 2017, respectively. Three-quarters of the global health expenditures are allocated to three categories of providers: hospital providers (35.4%, UI 30.3% to 38.9%), providers of ambulatory care (25.5%, UI 21.1% to 28.8%) and retailers of medical goods (14.4%, UI 12.4% to 16.3%). As gross domestic product increases, countries spend more on long-term care and less on preventive care. Conclusion Disaggregated estimates of health expenditures are often unavailable and unable to provide policymakers and researchers a holistic understanding of how expenditures are used. This research aggregates reported data and provides a complete time-series of estimates, with uncertainty, of health expenditures by health functions and providers between 2000 and 2017 for 195 countries. Data are available in a public, open access repository. The data that support the findings of this study will be made publicly available at IHME's Global Health Data Exchange (GHDx) website (<http://ghdx.healthdata.org/>) upon publication.

Signorelli, C., Odone, A., Bianco, D., et al. (2016). "[Health expenditure for prevention in Italy (2006-2013): descriptive analysis, regional trends and international comparisons]." *Epidemiol Prev* 40(5): 374-380.

Il dato dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) del 2012, che indicava l'Italia come il Paese con la più bassa spesa in prevenzione sanitaria, ha dato lo spunto per una raccolta sistematica e un'analisi critica dei flussi disponibili sulla spesa per le attività di prevenzione in Italia. Le statistiche correnti di spesa sanitaria sono raccolte centralmente dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) attraverso i modelli di rilevazione dei costi dei livelli essenziali di assistenza (LEA) delle aziende USL. Le tre macroaree dei LEA sono: assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera e assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Le spese per la prevenzione rientrano in quest'ultima e sono ripartite nelle seguenti voci: attività di prevenzione rivolte alle persone, igiene degli alimenti e della nutrizione, igiene e sanità pubblica, prevenzione e sicurezza negli ambienti di

lavoro, sanità pubblica veterinaria, attività medico-legale per finalità pubblica. Tra il 2006 e il 2013, ultimo dato disponibile, la spesa per le attività di prevenzione del Servizio sanitario nazionale (SSN) è rimasta costante in rapporto alla spesa sanitaria totale (4,2%), pari a 4,9 miliardi nel 2013. Nel periodo di studio considerato (2006-2013) appaiono in aumento le spese per le attività rivolte alle persone (+8,7%), attribuibili soprattutto a vaccinazioni e screening, e in diminuzione le attività di igiene pubblica (-5,7%) e quelle della sanità pubblica veterinaria (-3,8%). I confronti internazionali indicano una spesa per la prevenzione del 2,9% rispetto alla spesa sanitaria totale, costante negli anni e nella media dei Paesi OCSE. Per la prevenzione, l'Italia spende tanto quanto i Paesi che non possiedono un servizio sanitario pubblico; il dato risulta inferiore del 5% rispetto alla programmazione nazionale, con poche eccezioni e molta variabilità regionale all'interno delle componenti delle voci di spesa. In questo contesto si sottolinea l'importanza di investire maggiori risorse nella pianificazione e nell'implementazione di interventi preventivi di provata efficacia e costo-efficacia.

Signorelli, C., Riccò, M. et Odone, A. (2016). "The Italian National Health Service expenditure on workplace prevention and safety (2006-2013): a national-level analysis." *Ann Ig* **28**(5): 313-318.

BACKGROUND: The World Health Organization (WHO) stated that countries' health policies should give high priority to primary prevention of occupational health hazards. Scant data are available on health expenditure on workplace prevention and safety services and on its impact on occupational health outcomes in Italy and in other European countries. **STUDY DESIGN:** objective of the present study was to systematically retrieve, analyse and critically appraise the available national-level data on public health expenditure on workplace prevention and safety services as well as to correlate them with occupational health outcomes. **METHODS:** National-level data on total public health expenditure on prevention services, its share spent on workplace prevention and safety services as well as on number of workers receiving appropriate health surveillance were derived from the national public health expenditure monitoring system over a 8-year study period (2006-2013). An analytic approach was adopted to explore the association between health expenditure and occupational health services supply. **RESULTS:** The Italian National Health Service spends almost € 5 billion per year on preventive care, of which 13.3% are spent on workplace prevention and safety programmes (€ 645 million, € 10.6 per capita). There is wide heterogeneity between Italian regions. **CONCLUSIONS:** Our findings are useful for health systems and policies analysis, national and international comparisons as well as for health policy makers to plan, implement and monitor occupational health prevention programmes.

Stenberg, U., Vågan, A., Flink, M., et al. (2018). "Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature." *Patient Educ Couns* **101**(6): 1006-1035.

OBJECTIVES: To provide a comprehensive overview of health economic evaluations of patient education interventions for people living with chronic illness. **METHODS:** Relevant literature published between 2000 and 2016 has been comprehensively reviewed, with attention paid to variations in study, intervention, and patient characteristics. **RESULTS:** Of the 4693 titles identified, 56 articles met the inclusion criteria and were included in this scoping review. Of the studies reviewed, 46 concluded that patient education interventions were beneficial in terms of decreased hospitalization, visits to Emergency Departments or General Practitioners, provide benefits in terms of quality-adjusted life years, and reduce loss of production. Eight studies found no health economic impact of the interventions. **CONCLUSIONS:** The results of this review strongly suggest that patient education interventions, regardless of study design and time horizon, are an effective tool to cut costs. This is a relatively new area of research, and there is a great need of more research within this field. **PRACTICE IMPLICATIONS:** In bringing this evidence together, our hope is that healthcare providers and managers can use this information within a broad decision-making process, as guidance in discussions of care quality and of how to provide appropriate, cost-effective patient education interventions.

Stock, S., Schmidt, H., Buscher, G., et al. (2010). "Financial incentives in the German Statutory Health Insurance: new findings, new questions." *Health Policy* **96**(1): 51-56.

OBJECTIVES: This paper presents findings of a mandatory three-year evaluation of a prevention bonus scheme offered in the German Statutory Health Insurance (SHI). Its objective is to describe the rationale behind the programs, analyze their financial impact and discuss their implications on potentially conflicting goals on solidarity and competition. **METHODS:** The analysis included 70,429 insured enrolled in a prevention bonus program in a cohort study. The intervention group and their matched controls were followed for a three-year period. Matching was performed as nearest neighbor matching. The economic analysis comprised all costs relevant for Sickness Funds (SF) in the SHI and was carried out from a SHI perspective. Differences in cost trends between the intervention and the control group were examined applying the paired t-test. **RESULTS:** Regarding mean costs there was a significant difference between the two groups of euro177.48 (90% CI [euro149.73; euro205.24]) in favor of the intervention group. If program costs were considered cost reductions of euro100.88 (90% CI [euro73.12; euro128.63]) were obtained. **CONCLUSIONS:** The uptake of a prevention bonus program led to cost reductions in the intervention group compared to the control group even when program costs were considered. However, the results must be interpreted with caution as in addition to financial aspects, socio-economic and health-status, selection bias and the function and use of bonus programs as marketing tools, as well as their long-term sustainability should be considered in future assessments.

Stock, S., Stollenwerk, B., Klever-Deichert, G., et al. (2008). "Preliminary analysis of short term financial implications of a prevention bonus program : first results from the German statutory health insurance." INTERNATIONAL JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 53(2): 78-86.

Objectives : With the implementation of the Health Care Modernization Act in 2004 sickness funds in Germany were given the opportunity to award bonuses to their insured for health promoting behavior. The aim of this study was to investigate the financial implications of a prevention bonus program from a sickness fund perspective. **Method :** The investigation was designed as a controlled cohort study (matched pair study) comprising 70,429 members in each group. Matching criteria were sex, postal code, insurance status, and cost categories for health care utilization. Insured opted into the program on a voluntary basis. The program consisted of interventions featuring primary prevention, modest exercise and immunization. Differences in cost trends between the two groups were examined using the paired t-test. **Results :** A reduction in mean costs of 241.11 - per active member for the year 2005 (90% CI=348.70,133.52 ; p-value<0.001) could be achieved in the intervention group compared to the control group. When costs for the implementation of the program and the bonus payments were taken into account, there was a saving of 97.14 - per active member for the year 2005. **Conclusions :** Preliminary results of a prevention bonus program in the German Statutory Health Insurance suggest a decrease in mean health care spending per enrollee. These effects may increase with time as long term effects of prevention become effective. However, further research is needed to understand how much of these short term cost reductions can be attributed to the program itself rather than to possible confounders or volunteer bias and how the short term savings may be accrued. [Authors].

Suhrcke, M., Sauto Arce, R., McKee, M., et al. (2008). The economic costs of ill health in the European Region. Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe: 33 , 39 tabl.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/84012/E93696.pdf

Evidence on the economic costs of ill health (or, reversely, the benefits of good health) is essential in assessing the economic return on health investment. But understanding what those costs/benefits mean and how they should be measured is equally essential. Public policy discourse on the economic consequences/costs of ill health has been handicapped by considerable confusion about what the term means. Noting that without an a priori definition of the cost concept at issue no meaningful discourse can ensue, we address three economic concepts.

Vandoros, S., Carman, K. G., London School of Economics and Political Science, et al. (2011). Demand and Pricing of Preventative Healthcare. London, London School of Economics and Political Science: 31p.

This study introduces a theoretical framework for the economics of preventative healthcare. Mathematical models are used to explain how the price and utilization of prevention change depending on demand, as well as factors such as the price of a cure, the probability of illness, the efficacy of treatment, the probability of illness and cost functions. Different models are developed depending on the presence and level of health insurance and competition in preventative healthcare markets. Findings show the effect of various factors on the price of preventative healthcare, reveal the marginal effects of a change in the parameters on prices and suggest that under certain circumstances prevention is not the optimal choice. This paper sets out a simple model to compare prices of preventative care across various regimes. In an environment of rising health costs, prevention is very important as it decreases the likelihood of need to cure illnesses in the future. However, prevention is not always the best solution, as costs may be too high compared to cure and disutility of illness, taking into account the probability of illness, while depending on the source of demand and the level of insurance cover, quantities of prevention purchased and the number of people covered may differ significantly.

Wang, F., Wang, J.-D. et Huang, Y.-X. (2016). "Health expenditures spent for prevention, economic performance, and social welfare." *Health Econ Rev* 6(1): 45.

<https://doi.org/10.1186/s13561-016-0119-1>

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5031586/pdf/13561_2016_Article_119.pdf

Countries with limited resources in economic downturns often reduce government expenditures, of which spending on preventive healthcare with no apparent immediate health impact might be cut down first. This research aims to find the optimum share of preventive health expenditure to gross domestic product (GDP) and investigate the implications of preventive health services on economic performance and the population's wellbeing.

Weinhold, I. et Schindler, C. (2019). "Economic impact of disease prevention in a morbidity-based financing system: does prevention pay off for a statutory health insurance fund in Germany?" *European Journal of Health Economics* 20(8): 1181-1193.

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10198-019-01086-7.pdf>

Preventable chronic diseases account for the greatest burden in the German health system and statutory health insurance (SHI) funds play a crucial role in implementing and financing prevention strategies. On the contrary, the morbidity-based scheme to distribute financial resources from the Central Reallocation Pool among the different sickness funds may counteract efforts of effective prevention from an economic perspective. We assessed financial impacts of prevention from a sickness funds perspective in a retrospective controlled study. Claims data of 6,247,275 persons were analyzed and outcomes between two propensity-matched groups (n = 852,048) of prevention users and non-users were compared in a 4-year follow-up. Using a difference-in-differences approach, we analyzed healthcare expenditures, the development of morbidity, financial transfers from the Central Reallocation Pool, and contribution margins. The group of prevention users develops less morbidity (incidences and disease aggravations) compared to the control group. Healthcare expenditures increase in both groups within 4 years, whereas the increase is lower for prevention users compared to non-users (€568.04 vs. €640.60, p < 0.0001). Taking morbidity-based financial transfers into account, the decrease in contribution margins is stronger for prevention users (- €188.44 vs. - €138.73, p < 0.0001). This study demonstrates an economic disincentive from a sickness funds' perspective. In the semi-competitive SHI market, sickness funds will be discouraged from effective prevention strategies if investments are not worth it financially. Their efforts and knowledge are, however, crucial for joint action to foster prevention over cure in the health system.

White, M. N. (2015). An Ounce of Prevention at Half Price: Evaluating a Subsidy on Health Investments.

Working Paper Series ; n° 2015-06. Newark University of Delaware: 49 , fig., tabl.

<http://www.lerner.udel.edu/sites/default/files/ECON/PDFs/RePEc/dlw/WorkingPapers/2015/UDWP2015-06.pdf>

This paper examines how investments in health, through spending on preventive care, affect subsequent spending on medical care among the retired population. Augmenting a traditional dynamic consumption-savings model with two medical care goods, I estimate a structural life cycle model using data on single retired Americans from the Health and Retirement Study; I then conduct policy counterfactuals to ascertain the effect of a subsidy on preventive care on health and fiscal outcomes. A narrowly targeted subsidy improves longevity by 0.76 months at a public cost of \$760 per capita, but does not reduce lifetime demand for medical care.

Xu, K., Soucat, A. et Kutzin, J. (2018). Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends. Genève Office des publications de l'OMS: 47, tab., graph., fig.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf>

L'augmentation des dépenses en santé, qui représentent 10% du produit intérieur brut (PIB) mondial, est plus rapide que la croissance de l'économie mondiale. Selon un nouveau rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les dépenses en santé dans le monde, celles-ci augmentent rapidement, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où l'augmentation est de 6% par an en moyenne contre 4% dans les pays à revenu élevé. Les dépenses en santé d'un pays sont assumées à 51% en moyenne par les administrations publiques et à plus de 35% par les individus sous forme de dépenses directes. L'une des conséquences de cette situation est que, chaque année, 100 millions de personnes plongent dans l'extrême pauvreté.

Zifonun, N.. (2004). SHA-based health accounts in 13 OECD countries : country studies Germany - National health accounts 2001. Paris, OCDE: 38p.

L'Unité des politiques de santé de l'OCDE et des experts originaires de treize pays Membres ont mené un projet visant à rendre compte des premiers résultats de la mise en oeuvre du Système de comptes de la santé (SCS), également intitulé en anglais, "System of Health Accounts" (SHA). Ces résultats se présentent sous la forme d'une étude comparative (document de travail sur la santé n° 16 de l'OCDE) et d'un ensemble de rapports techniques sur la santé contenant des études par pays. Ce volume est le quatrième de la série, il examine les comptes de la santé fondés sur le SCS en Allemagne. Les dépenses de santé sont ventilées par fonction, par mode de production, par producteur et par source de financement.

ÉTUDES SPECIFIQUES

Alouki, K., Delisle, H., Bermudez-Tamayo, C., et al. (2016). "Lifestyle Interventions to Prevent Type 2 Diabetes: A Systematic Review of Economic Evaluation Studies." *J Diabetes Res* **2016**: 2159890.

Objective. To summarize key findings of economic evaluations of lifestyle interventions for the primary prevention of type 2 diabetes (T2D) in high-risk subjects. **Methods.** We conducted a systematic review of peer-reviewed original studies published since January 2009 in English, French, and Spanish. Eligible studies were identified through relevant databases including PubMed, Medline, National Health Services Economic Evaluation, CINHAL, EconLit, Web of sciences, EMBASE, and the Latin American and Caribbean Health Sciences Literature. Studies targeting obesity were also included. Data were extracted using a standardized method. The BMJ checklist was used to assess study quality. The heterogeneity of lifestyle interventions precluded a meta-analysis. **Results.** Overall, 20 studies were retained, including six focusing on obesity control. Seven were conducted within trials and 13 using modeling techniques. T2D prevention by physical activity or diet or both proved cost-effective according to accepted thresholds, except for five inconclusive studies, three on diabetes prevention and two on obesity control. Most studies exhibited limitations in reporting results, primarily with regard to generalizability and justification of selected sensitivity parameters. **Conclusion.** This confirms that lifestyle interventions for the primary prevention of diabetes are cost-effective. Such interventions should be further promoted as sound investment in the fight against diabetes.

Anderson, P., Moller, L. éd. et Matic, S. éd. (2009). Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm, Copenhagen : WHO Regional Office for Europe
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf

[BDSP. Notice produite par SAPHIR R0xk8kmq. Diffusion soumise à autorisation]. There is a substantial evidence base on the effectiveness of different policies in reducing the harm done by alcohol. Policies that regulate the economic and physical availability of alcohol are effective in reducing alcohol-related harm. Enforced legislative measures to reduce drinking and driving and interventions individually directed to drinkers already at risk are also effective. The evidence shows that information and education programmes do not reduce alcohol-related harm ; nevertheless, they have a role in providing information, reframing alcohol-related problems and increasing attention to alcohol on the political and public agendas. In all parts of the European Union, population-based interventions represent a highly cost-effective use of resources to reduce alcohol-related harm. Brief interventions for individual high-risk drinkers are also cost-effective, but are harder to scale up because of their associated training and manpower needs. [WHO].

Anderson, R., Haas, M. et Shanahan, M. (2007). Assessing the costs of organised health programs : the case of the National Cervical Screening Program. Chere Working Paper ; 2007/2. Sydney C.H.E.R.E.: 16 , tabl.
http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2007_2.pdf

This paper describes the process of undertaking a program-level cost analysis, using principles developed to ensure the quality of such evaluations. Documenting the costs of the National Cervical Screening Program is used to illustrate the approach and the difficulties encountered, assumptions made and solutions employed are discussed.

Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., et al. (2018). "Preventive strategies for mental health." Lancet Psychiatry 5(7): 591-604.

Available treatment methods have shown little effect on the burden associated with mental health disorders. We review promising universal, selective, and indicated preventive mental health strategies that might reduce the incidence of mental health disorders, or shift expected trajectories to less debilitating outcomes. Some of these interventions also seem to be cost-effective. In the transition to mental illness, the cumulative lifetime effect of multiple small effect size risk factors progressively increases vulnerability to mental health disorders. This process might inform different levels and stages of tailored interventions to lessen risk, or increase protective factors and resilience, especially during sensitive developmental periods. Gaps between knowledge, policy, and practice need to be bridged. Future steps should emphasise mental health promotion, and improvement of early detection and interventions in clinical settings, schools, and the community, with essential support from society and policy makers.

Ashwood, J. S., Briscoombe, B., Ramchand, R., et al. (2015). Analysis of the Benefits and Costs of CalMHSA's Investment in Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST). Santa Monica Rand corporation: 12 , tabl.
http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR1115.html

This report estimates the possible reductions in suicide attempts resulting from investment in ASIST and estimates the financial return to Californians from reduced medical costs associated with suicide attempts and increased earnings from each life saved.

Baxter, S., Sanderson, K., Venn, A. J., et al. (2014). "The relationship between return on investment and quality of study methodology in workplace health promotion programs." Am J Health Promot 28(6): 347-363.

OBJECTIVE: To determine the relationship between return on investment (ROI) and quality of study methodology in workplace health promotion programs. DATA SOURCE: Data were obtained through a systematic literature search of National Health Service Economic Evaluation Database (NHS EED), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Health Technology Database (HTA), Cost

Effectiveness Analysis (CEA) Registry, EconLit, PubMed, Embase, Wiley, and Scopus. **STUDY INCLUSION AND EXCLUSION CRITERIA:** Included were articles written in English or German reporting cost(s) and benefit(s) and single or multicomponent health promotion programs on working adults. Return-to-work and workplace injury prevention studies were excluded. **DATA EXTRACTION:** Methodological quality was graded using British Medical Journal Economic Evaluation Working Party checklist. Economic outcomes were presented as ROI. **DATA SYNTHESIS:** ROI was calculated as $ROI = (\text{benefits} - \text{costs of program}) / \text{costs of program}$. Results were weighted by study size and combined using meta-analysis techniques. Sensitivity analysis was performed using two additional methodological quality checklists. The influences of quality score and important study characteristics on ROI were explored. **RESULTS:** Fifty-one studies (61 intervention arms) published between 1984 and 2012 included 261,901 participants and 122,242 controls from nine industry types across 12 countries. Methodological quality scores were highly correlated between checklists ($r = .84-.93$). Methodological quality improved over time. Overall weighted ROI [mean +/- standard deviation (confidence interval)] was 1.38 +/- 1.97 (1.38-1.39), which indicated a 138% return on investment. When accounting for methodological quality, an inverse relationship to ROI was found. High-quality studies ($n = 18$) had a smaller mean ROI, 0.26 +/- 1.74 (.23-.30), compared to moderate ($n = 16$) 0.90 +/- 1.25 (.90-.91) and low-quality ($n = 27$) 2.32 +/- 2.14 (2.30-2.33) studies. Randomized control trials (RCTs) ($n = 12$) exhibited negative ROI, -0.22 +/- 2.41 (-.27 to -.16). Financial returns become increasingly positive across quasi-experimental, nonexperimental, and modeled studies: 1.12 +/- 2.16 (1.11-1.14), 1.61 +/- 0.91 (1.56-1.65), and 2.05 +/- 0.88 (2.04-2.06), respectively. **CONCLUSION:** Overall, mean weighted ROI in workplace health promotion demonstrated a positive ROI. Higher methodological quality studies provided evidence of smaller financial returns. Methodological quality and study design are important determinants.

Catala-Lopez, F., Garcia-Altes, A., Alvarez-Martin, E., et al. (2011). "[Economic evaluation of interventions for infectious diseases in Spain: systematic review and comparative analysis]." *Rev Esp Quimioter* **24**(3): 143-150.

BACKGROUND: There exists the need to evaluate interventions addressed to prevent, control and reduce the burden of the infectious diseases; being economic evaluation an instrument can help to allocate healthcare resources efficiently. In this context, we assessed the evolution of economic evaluation of interventions for infectious diseases published in Spain, as well as we compared their main methodological characteristics with those of the studies directed to other diseases. **METHODS:** Systematic review and comparative analysis calculating odds ratios (OR). Electronic searches for literature between 1983 and 2008 were conducted in PubMed/MEDLINE, SCOPUS, ISI Web of Knowledge, CRD, IME e IBECs, and manually in specialized journals and technical reports. The following variables were identified to analyze the characteristics of the reports: journal and year of publication, intervention, type of study, design, perspective, type of costs, financing source, and decision-making recommendations. **RESULTS:** One-hundred and one studies were included in the review. The main characteristics of the reports were: cost-effectiveness analysis ($n=56$; 55.4%), treatments evaluations ($n=60$; 59.4%) and the use of decision analysis and mathematical simulation models ($n=63$; 62.4%). Economic evaluation studies of infectious diseases showed the following associations (compared to a cohort of studies of other disease conditions [$n=376$]): cost-benefit analysis (OR, 3.55; 95% confidence interval [CI], 1.63 to 7.74), prevention (OR, 4.14; 95% CI, 2.49 to 6.90), and societal perspective (OR, 2.55; 95% CI, 1.43 to 4.56). **CONCLUSION:** Although there is an increase in the number of economic evaluations of infectious diseases published during last decades, the studies showed heterogeneity in the quality of the information regarding methods of analysis and data sources.

Choi, S. K., Holtgrave, D. R., Bacon, J., et al. (2015). "Economic Evaluation of Community-Based HIV Prevention Programs in Ontario: Evidence of Effectiveness in Reducing HIV Infections and Health Care Costs." *AIDS Behav.*

Investments in community-based HIV prevention programs in Ontario over the past two and a half decades are assumed to have had an impact on the HIV epidemic, but they have never been systematically evaluated. To help close this knowledge gap, we conducted a macro-level evaluation of investment in Ontario HIV prevention programs from the payer perspective. Our results showed that, from 1987 to 2011, province-wide community-based programs helped to avert a total of 16,672 HIV

infections, saving Ontario's health care system approximately \$6.5 billion Canadian dollars (range 4.8-7.5B). We also showed that these community-based HIV programs were cost-saving: from 2005 to 2011, every dollar invested in these programs saved about \$5. This study is an important first step in understanding the impact of investing in community-based HIV prevention programs in Ontario and recognizing the impact that these programs have had in reducing HIV infections and health care costs.

Comans, T. A., Green, C., Alves, R. J. V., et al. (2018). "Activity-Based Costing and Time-Driven Activity-Based Costing for Assessing the Costs of Cancer Prevention, Diagnosis, and Treatment: A Systematic Review of the Literature." *Int Psychogeriatr* **17**: 142-147.

BACKGROUND: A review of the literature on economic analyses in cancer (prevention, diagnosis, and treatment) using activity-based costing (ABC) or time-driven activity-based costing (TDABC) for measuring costs and to examine how these approaches have been applied to assess and manage cancer costs. **METHODS:** This review followed the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) statement. We conducted a search for studies that used ABC or TDABC to calculate the cost of cancer in prevention, diagnosis, and treatment. Only English- and Portuguese-language articles were retrieved from Medline, Lilacs, ScieLO, and Embase (January 1990 to August 2016). **RESULTS:** In total, 421 studies were evaluated. However, only 27 papers were included. The first publications were from the early 2000s, but most of the studies were published in 2016 (n = 10). Most of the studies were carried out in the United States (n = 6) and Belgium (n = 6). Cancer treatment was the major focus of all studies (n = 20), followed by screening programs evaluations (n = 4) and diagnosis (n = 3). Among treatment modalities, economic analysis of radiotherapy was the most common topic of study. Retrospective clinical data represented 57.6% of the studies. More than 50% of the studies presented unspecified economic analysis. The hospital perspective was the most prevalent perspective among the studies (46.1%). **CONCLUSIONS:** ABC and TDABC economic analyses are a promising area of studies in oncology costs.

Conejo-Cerón, S., Lokkerbol, J., Moreno-Peral, P., et al. (2021). "Health-economic evaluation of psychological interventions for depression prevention: Systematic review." *Clin Psychol Rev* **88**: 102064.

Psychological interventions have been proven to be effective to prevent depression, however, little is known on the cost-effectiveness of psychological interventions for the prevention of depression in various populations. A systematic review was conducted using PubMed, PsycINFO, Web of Science, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Econlit, NHS Economic Evaluations Database, NHS Health Technology Assessment and OpenGrey up to January 2021. Only health-economic evaluations based on randomized controlled trials of psychological interventions to prevent depression were included. Independent evaluators selected studies, extracted data and assessed the quality using the Consensus on Health Economic Criteria and the Cochrane Risk of Bias Tool. Twelve trial-based economic evaluations including 5929 participants from six different countries met the inclusion criteria. Overall, the quality of most economic evaluations was considered good, but some studies have some risk of bias. Setting the willingness-to-pay upper limit to US\$40,000 (2018 prices) for gaining one quality adjusted life year (QALY), eight psychological preventive interventions were likely to be cost-effective compared to care as usual. The likelihood of preventive psychological interventions being more cost-effective than care as usual looks promising, but more economic evaluations are needed to bridge the many gaps that remain in the evidence-base. **ETHICS:** As this systematic review is based on published data, approval from the local ethics committee was not required.

Crosland, P., Ananthapavan, J., Davison, J., et al. (2019). "The economic cost of preventable disease in Australia: a systematic review of estimates and methods." *DIABETES CARE* **43**(5): 484-495.

OBJECTIVE: The aim of this literature review was to establish the economic burden of preventable disease in Australia in terms of attributable health care costs, other costs to government and reduced productivity. **METHODS:** A systematic review was conducted to establish the economic cost of preventable disease in Australia and ascertain the methods used to derive these estimates. Nine

databases and the grey literature were searched, limited to the past 10 years, and the PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis) guidelines were followed to identify, screen and report on eligible studies. RESULTS: Eighteen studies were included. There were at least three studies examining the attributable costs and economic impact for each risk factor. The greatest costs were related to the productivity impacts of preventable risk factors. Estimates of the annual productivity loss that could be attributed to individual risk factors were between \$840 million and \$14.9 billion for obesity; up to \$10.5 billion due to tobacco; between \$1.1 billion and \$6.8 billion for excess alcohol consumption; up to \$15.6 billion due to physical inactivity and \$561 million for individual dietary risk factors. Productivity impacts were included in 15 studies and the human capital approach was the method most often employed (14 studies) to calculate this. CONCLUSIONS: Substantial economic burden is caused by lifestyle-related risk factors. Implications for public health: The significant economic burden associated with preventable disease provides an economic rationale for action to reduce the prevalence of lifestyle-related risk factors. New analysis of the economic burden of multiple risk factors concurrently is needed.

Dubas-Jakóbczyk, K., Kocot, E., Kissimova-Skarbek, K., et al. (2017). "Economic evaluation of health promotion and primary prevention actions for older people-a systematic review." *Eur J Public Health* **27**(4): 670-679.

BACKGROUND: Healthy ageing and health promotion (HP) actions for older people have become an important health sector priority. At the same time, the application of economic evaluation methods in the field of health interventions in order to support allocative decision processes is of growing importance. The aims of the review were to analyze what the existing evidence is on cost-effectiveness of HP and/or primary prevention (PP) programmes for older people whilst providing deeper insight into methodological aspects of such studies, their overall quality and issues related to practical implementation of results. METHODS: Systematic review of contemporary evidence (2000-15). Studies' eligibility criteria included target population 65 years old or older; interventions classified as HP or PP; a full economic evaluation conducted. The search strategy included five electronic databases and Internet websites of institutions or projects related to the topic. Quality assessment of the studies was based on the 'Drummond checklist'. RESULTS: After screening 6450 records, 29 papers were included, the vast majority of which (22) focus on fall prevention strategies. In this area, there are examples of good and moderate quality studies which confirm the cost-effectiveness of diverse physical activity interventions in fall prevention. The existing studies are characterized by huge differences in the methods applied as well as overall quality which limits the comparability and generalizability of the results. CONCLUSIONS: There is a need for development and implementation of economically driven studies, with methods adjusted to particular character of HP and/or PP strategies for older population.

Ethgen, O., Cornier, M., Chriv, E., et al. (2016). "The cost of vaccination throughout life: A western European overview." *Hum Vaccin Immunother* **12**(8): 2029-2037.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4994732/pdf/khvi-12-08-1154649.pdf>

Despite the interest of policy makers, the actual investment in vaccination is poorly documented. Our study assessed the costs of vaccination throughout life for a fully immunized Western European citizen. National vaccination calendars for England, France, Germany, Italy, Portugal, Spain and Sweden were retrieved. We differentiated men from women and healthy individuals from those suffering from underlying conditions who require specific additional vaccinations. Vaccine costs and administration fees were retrieved from official national source and calculated from the national healthcare perspective. Vaccinating an individual against up to 17 diseases throughout his entire life and in full compliance with national vaccination calendars cost between €328 and €2,352 (vaccines costs only) and between €443 and €3,395 (administration costs included), the lowest range corresponds to a healthy man in Sweden and the highest to a woman with underlying conditions in England. Vaccination costs varied among countries due to heterogeneous national vaccination calendars and organization. In all countries, adults (18-64 y) and elderly (≥ 65 y) accounted for the lowest vaccines costs compared with infants (0-24 m) and children/adolescents (2-17 y). In comparison, other mass secondary preventive therapies may be at least 3 times more costly.

Vaccination requires a relatively low level of investment per individual. Our estimates should be considered to be the maximum potential costs due to our 100% compliance assumption. Increasing coverage rates would bring additional public health benefits for a relatively low incremental cost. A life-course approach of vaccination should also be encouraged because some missed opportunities remain in senior vaccinations.

Flego, A., Keating, C. et Moodie, M. (2014). "Cost-effectiveness of whole-of-community obesity prevention programs: an overview of the evidence." *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* **14**(5): 719-727.

Whole-of-community obesity prevention programs that impact on multiple players and promote community capacity show promise as an important strategy in the fight against global obesity. This paper reviews the economic evaluation literature of multifaceted, community based obesity prevention programs. There are few cost effectiveness studies. Whilst results to date are encouraging, there is considerable uncertainty surrounding the long term results given the lack of evidence regarding sustainability of program effect and a consequent reliance on economic modeling to fill the gaps. More empirical studies of longer duration are needed to demonstrate the longer term effectiveness and cost effectiveness of these programs, and to facilitate identification of the elements necessary for their sustainability.

Gellad, Z. F. et Provenzale, D. (2010). "Colorectal cancer: national and international perspective on the burden of disease and public health impact." *Gastroenterology* **138**(6): 2177-2190.

Colorectal cancer is a significant cause of morbidity and mortality in the United States and throughout the world. The importance of this disease to gastroenterologists cannot be understated, given that screening and surveillance colonoscopy are dominant segments of clinical practice. The United States is the only country in the world where incidence and mortality rates from colorectal cancer are reported to be decreasing significantly, but health disparities in cancer screening, treatment, and survival persist. Health disparities are also evident worldwide, where the impact of this disease is staggering. In fact, rates of cancer are increasing in many parts of the world. Eliminating barriers to cancer screening and treatment could lead to substantial gains in quality and quantity of life and decrease the burden of colorectal cancer on public health. Programmatic and opportunistic screening programs have already had a measurable impact on disease burden, although the optimal screening strategy remains a matter of debate. Screening programs vary throughout the world, and further refinement will require a tailored approach because of differences in politics and fiscal reality among individual countries. Despite the strong impact of colorectal cancer on public health, there is cause for optimism and room for hope.

Giardina, S., Pane, B., Spinella, G., et al. (2011). "An economic evaluation of an abdominal aortic aneurysm screening program in Italy." *J Vasc Surg* **54**(4): 938-946.

OBJECTIVES: Abdominal aortic aneurysm (AAA) is defined as a localized dilatation of an aortic vessel. Though predominantly asymptomatic, it is a chronic degenerative condition associated with life-threatening risk of rupture. The early diagnosis of AAA, ie, before it ruptures, is therefore important; a simple, effective diagnostic method is ultrasound examination. To assess the benefit of screening in Italy, we developed a cost-effective Markov model comparing screening vs nonscreening scenarios. METHODS: A 13-health-states Markov model was developed to compare two cohorts of 65- to 75-year-old men: the first group undergoing screening for AAA by means of ultrasound (US), the second following the current practice of incidental detection. The following health states were distinguished: no AAA, unknown small AAA (3-3.9 cm), followed-up small AAA (1 year), unknown medium-sized AAA (4-4.9 cm), followed-up medium-sized AAA (6 months), unknown large AAA (>5 cm), elective repair, emergency repair, postelective-repair AAA, postemergency-repair AAA, rejected large AAA, and death. Transitions between health states were simulated by using 6-month cycles. Transition probabilities were derived from a literature review of relevant randomized controlled trial and from a screening program that is currently ongoing at San Martino Hospital in Genoa, Italy. The Italian National Health Service (NHS) perspective was adopted and incremental cost per life-year saved was calculated with a

lifetime horizon; costs and health benefits were discounted at an annual rate of 3% from year 2 onward. Uncertainty surrounding the model inputs was tested by means of univariate, multivariate, and probabilistic sensitivity analyses. RESULTS: Considering an attendance rate of 62%, the individual cost per invited subject was euro60 (US \$83.2); 0.011 additional quality adjusted life years (QALY) were gained per patient in the screened cohort, corresponding to an incremental cost-effectiveness ratio (ICER) of euro5673/QALY (US \$7870/QALY). The results were sensitive to some parameter variations but consistent with the base case scenario. They suggest that on the basis of a willingness-to-pay threshold of euro50,000/QALY, screening for AAA is cost-effective, with a probability approaching 100%. CONCLUSIONS: As in economic evaluations developed in other countries, such as the UK, Canada, and The Netherlands, setting up a screening program for AAA can be considered cost-effective from the Italian NHS perspective.

Gillespie, P., Murphy, E., Smith, S. M., et al. (2016). "Long-term cost effectiveness of cardiac secondary prevention in primary care in the Republic of Ireland and Northern Ireland." *Eur J Health Econ*.

While cardiac secondary prevention in primary care is established practice, little is known about its long-term cost effectiveness. This study examines the cost effectiveness of a secondary prevention intervention in primary care in the Republic of Ireland and Northern Ireland over 6 years. An economic evaluation, based on a cluster randomised controlled trial of 903 patients with heart disease, was conducted 4.5 years after the intervention ceased to be delivered. Patients originally randomised to the control received usual practice while those randomised to the intervention received a tailored care package over the 1.5-year delivery period. Data on healthcare costs and quality adjusted life expectancy were used to undertake incremental cost utility analysis. Multilevel regression was used to estimate mean cost effectiveness and uncertainty was examined using cost effectiveness acceptability curves. At 6 years, there was a divergence in the results across jurisdictions. While the probability of the intervention being cost effective in the Republic of Ireland was 0.434, 0.232, 0.180, 0.150, 0.115 and 0.098 at selected threshold values of euro5000, euro15,000, euro20,000, euro25,000, euro35,000 and euro45,000, respectively, all equivalent probabilities for Northern Ireland equalled 1.000. Our findings suggest that the intervention in its current format is likely to be more cost effective than usual general practice care in Northern Ireland, but this is not the case in the Republic of Ireland.

Gordon, L. G. et Rowell, D. (2015). "Health system costs of skin cancer and cost-effectiveness of skin cancer prevention and screening: a systematic review." *Eur J Cancer Prev* **24**(2): 141-149.

The objective of this study was to review the literature for malignant melanoma, basal and squamous cell carcinomas to understand: (a) national estimates of the direct health system costs of skin cancer and (b) the cost-effectiveness of interventions for skin cancer prevention or early detection. A systematic review was performed using Medline, Cochrane Library and the National Health Service Economic Evaluation Databases as well as a manual search of reference lists to identify relevant studies up to 31 August 2013. A narrative synthesis approach was used to summarize the data. National cost estimates were adjusted for country-specific inflation and presented in 2013 euros. The CHEERS statement was used to assess the quality of the economic evaluation studies. Sixteen studies reporting national estimates of skin cancer costs and 11 cost-effectiveness studies on skin cancer prevention or early detection were identified. Relative to the size of their respective populations, the annual direct health system costs for skin cancer were highest for Australia, New Zealand, Sweden and Denmark (2013 euros). Skin cancer prevention initiatives are highly cost-effective and may also be cost-saving. Melanoma early detection programmes aimed at high-risk individuals may also be cost-effective; however, updated analyses are needed. There is a significant cost burden of skin cancer for many countries and health expenditure for this disease will grow as incidence increases. Public investment in skin cancer prevention and early detection programmes show strong potential for health and economic benefits.

Greenberg, D., Earle, C., Fang, C. H., et al. (2010). "When is cancer care cost-effective? A systematic overview of cost-utility analyses in oncology." *J Natl Cancer Inst* **102**(2): 82-88.

New cancer treatments pose a substantial financial burden on health-care systems, insurers, patients, and society. Cost-utility analyses (CUAs) of cancer-related interventions have received increased attention in the medical literature and are being used to inform reimbursement decisions in many health-care systems. We identified and reviewed 242 cancer-related CUAs published through 2007 and included in the Tufts Medical Center Cost-Effectiveness Analysis Registry (www.cearegistry.org). Leading cancer types studied were breast (36% of studies), colorectal (12%), and hematologic cancers (10%). Studies have examined interventions for tertiary prevention (73% of studies), secondary prevention (19%), and primary prevention (8%). We present league tables by disease categories that consist of a description of the intervention, its comparator, the target population, and the incremental cost-effectiveness ratio. The median reported incremental cost-effectiveness ratios (in 2008 US \$) were \$27,000 for breast cancer, \$22,000 for colorectal cancer, \$34,500 for prostate cancer, \$32,000 for lung cancer, and \$48,000 for hematologic cancers. The results highlight the many opportunities for efficient investment in cancer care across different cancer types and interventions and the many investments that are inefficient. Because we found only modest improvement in the quality of studies, we suggest that journals provide specific guidance for reporting CUA and assure that authors adhere to guidelines for conducting and reporting economic evaluations.

Gregg, M., Blackhouse, G., Loeb, M., et al. (2014). "Economic evaluation of an influenza immunization strategy of healthy children." *Int J Technol Assess Health Care* **30**(4): 394-399.

OBJECTIVES: Vaccinating healthy children is proposed as a strategy to produce a herd effect and protect vulnerable groups. The Hutterite Influenza Prevention Study investigated this strategy, comparing communities with or without childhood influenza immunization programs. There are costs associated with vaccination therefore there may be a trade-off between these costs and the benefits of avoiding influenza cases. This evaluation estimates the cost-effectiveness of immunizing only healthy children in preventing cases of influenza within entire communities. **METHODS:** Effect data and resource utilization were collected during the trial. Cost data were collected from payer, literature and Internet sources. A two-stage bootstrap (TSB) with shrinkage correction was used to estimate average costs and effects. The incremental cost effectiveness ratio (ICER) and sample uncertainty around this estimate were calculated from the TSB results. **RESULTS:** Mean costs per patient for the treatment and control arms were \$69.07 and \$32.66 (difference \$36.41). Mean number of influenza cases for the treatment and control arms were 0.04 and 0.27 (difference 0.23). ICER was \$164.12 (\$28.38, \$2767.75) per case of influenza averted. **CONCLUSIONS:** Immunizing healthy children for influenza is more costly, yet more effective than no immunization in preventing cases in the sample. At a cost of \$164.12 to prevent a case of influenza, immunizing healthy children to protect all community members may be considered cost-effective. Estimated results are conservative as the influenza season was mild and the sample population was healthy. In a more severe season with a less healthy population the ICER is expected to decrease.

Grimaccia, F. et Kanavos, P. (2014). "Cost, outcomes, treatment pathways and challenges for diabetes care in Italy." *Global Health* **10**: 58.

BACKGROUND: In Italy both incidence and prevalence of diabetes are increasing and age at diagnosis is decreasing in type 2 diabetes. Diabetes is one of the major causes of morbidity in Italy, causing several disabilities and affecting the economically active population. The objective of this paper is to identify and discuss costs, outcomes and some of the challenges of diabetes care in Italy in the context of recent policy changes. **METHODS:** The study collected data and evidence from both primary and secondary sources. A total of 10 experts, including clinicians (diabetologists/endocrinologists) and decision makers, both at national and regional levels, were interviewed through face-to-face semi-structured interviews. The secondary sources include peer review literature from Medline, grey literature, reports from national and international sources, including professional bodies and organizations. **RESULTS:** The total direct cost of diabetes for the Italian NHS in 2012 is estimated to be above euro9 billion, of which more than half for hospital admissions (57%), and the remaining half for drugs (30%) and outpatient care (13%). However, there is scant evidence on indirect and intangible costs of diabetes in Italy. The quality of care addressed via the AMD Annals found overall good

performance with both process and intermediate outcome indicators showing positive and improving results from 2004 to 2011, except for few parameters, including renal function and foot monitoring, which are still inadequate. Major challenges are the rising diabetes prevalence, the difficulty in meeting the rising demand for care and the scant development of multidisciplinary delivery of care, especially in the predominantly ambulatory setting of the Southern diabetes centres. CONCLUSIONS: Prevention of diabetes, especially adopting a multi-sectorial approach, should be further empowered by policy makers through promoting healthy lifestyles and specifically targeting child obesity. Other key strategies include more information and education, better diabetes management through the adoption of a chronic model of care, more focus on appropriateness and efficiency of care and better communication between diabetes centres within every Region.

Grossmeier, J., Terry, P. E., Anderson, D. R., et al. (2012). "Financial impact of population health management programs: reevaluating the literature." *Popul Health Manag* **15**(3): 129-134.

Although many employers offer some components of worksite-based population health management (PHM), most do not yet invest in comprehensive programs. This hesitation to invest in comprehensive programs may be attributed to numerous factors, such as other more pressing business priorities, reluctance to intervene in the personal health choices of employees, or insufficient funds for employee health. Many decision makers also remain skeptical about whether investment in comprehensive programs will produce a financial return on investment (ROI). Most peer-reviewed studies assessing the financial impact of PHM were published before 2000 and include a broad array of program and study designs. Many of these studies have also included indirect productivity savings in their assessment of financial outcomes. In contrast, this review includes only peer-reviewed studies of the direct health care cost impact of comprehensive PHM programs that meet rigorous methodological criteria. A systematic search of health sciences databases identified only 5 studies with program designs and study methods meeting these selection criteria published after 2007. This focused review found that comprehensive PHM programs can yield a positive ROI based on their impact on direct health care costs, but the level of ROI achieved was lower than that reported by literature reviews with less focused and restrictive qualifying criteria. To yield substantial short-term health care cost savings, the longer term financial return that can credibly be associated with a comprehensive, prevention-oriented population health program must be augmented by other financial impact strategies.

Guliford, M. C., Bhatatarai, N., Charlton, J., et al. (2014). "Cost-effectiveness of a universal strategy of brief dietary intervention for primary prevention in primary care: population-based cohort study and Markov model." *Cost Effectiveness and Resource Allocation* **12**(4): 1-9.

http://eprints.lse.ac.uk/55572/1/_lse.ac.uk_storage_LIBRARY_Secondary_libfile_shared_repository_Content_Rudisill%2C%20C_Cost-effectiveness%20universal%20strategy_Rudisill_Cost-effectiveness%20universal%20strategy_2014.pdf

A healthy diet is associated with reduced risk of diabetes, cardiovascular disease and cancer. The study aimed to evaluate the cost-effectiveness of a universal strategy to promote healthy diet through brief intervention in primary care. Methods The research was informed by a systematic review of randomised trials which found that brief interventions in primary care may be associated with a 0.5 portion per day increase in fruit and vegetable consumption. A Markov model that included five long-term conditions (diabetes, coronary heart disease, stroke, colorectal cancer and depression) was developed. Empirical data from a large cohort of United Kingdom-based participants sampled from the Clinical Practice Research Datalink populated the model. Simulations compared an intervention promoting healthy diet over 5 years in healthy adults, and standard care in which there was no intervention. The annual cost of intervention, in the base case, was one family practice consultation per participant year. Health service costs were included and the model adopted a lifetime perspective. The primary outcome was net health benefit in quality adjusted life years (QALYs). Results A cohort of 262,704 healthy participants entered the model. Intervention was associated with an increase in life years lived free from physical disease of 41.9 (95% confidence interval -17.4 to 101.0) per 1,000 participants entering the model (probability of increase 88.0%). New incidences of disease states were

reduced by 28.4 (18.7 to 75.8) per 1,000, probability reduced 84.6%. Discounted incremental QALYs were 4.3 (-8.8 to 18.0) per 1,000, while incremental costs were £139,755 (£60,466 to 220,059) per 1,000. Net health benefits at £30,000 per QALY were -0.32 (-13.8 to 13.5) QALYs per 1,000 participants (probability cost-effective 47.9%). When the intervention was restricted to adults aged 50 to 74 years, net health benefits were 2.94 (-21.3 to 26.4) QALYs per 1000, probability increased 59.0%. Conclusions A universal strategy to promote healthy diet through brief intervention in primary care is unlikely to be cost-effective, even when delivered at low unit cost. A targeted strategy aimed at older individuals at higher risk of disease might be more cost-effective. More effective dietary change interventions are needed.

Hackl, F., Halla, M., Hummer, M., et al. (2012). *The Effectiveness of Health Screening*. Bonn, IZA: 34p.

Using a matched insurer-general practitioner panel data set, we estimated the effect of a general health-screening program on individuals' health status and health care cost. To account for selection into treatment, we used regional variations in the intensity of exposure to supply-determined screening recommendations as an instrumental variable. We found that screening participation substantially increased inpatient and outpatient health care costs for up to two years after treatment. In the medium term, we found cost savings in the outpatient sector, whereas in the long run, no statistically significant effects of screening on either health care cost component could be discerned. In summary, screening participation increases health care costs. Since we did not find any statistically significant effect of screening participation on insurers' health status at any point in time, we do not recommend a general health-screening program. However, given that we found some evidence for cost-saving potentials for the sub-sample of younger insurers, we suggest more targeted screening programs.

Hansen, J., Reinecke, A. et Schmere, H. J. (2021). *Health Expenditures and the Effectiveness of Covid-19 Prevention in International Comparison*. CESifo working paper ; 9069. Munich CESifo: 43.
<http://d.repec.org/n?u=RePEc:ces:ceswps:9069&r=&r=hea>

In the beginning of the COVID-19 pandemic, governments had to rely on Non-Pharmaceutical Interventions in their struggle against the spread of the virus. The stringency of the lockdowns differed across space and time as governments had to adjust their strategy dynamically to the country-specific development of the crisis. We examine the effectiveness of lockdowns with a focus on the role of health care based upon both the between and the within-variation of our panel-data. The within-variation over time allows us to control for unobserved heterogeneity through fixed-effects. The results reveal that lockdowns had significant effects on the mortality rates associated with COVID-19. Marginal effects are estimated conditional on the state of the health care system before the crisis. Lockdowns were more efficient in countries with well-supported health care systems. Marginal effects turn insignificant when per capita health expenditure dips below the mean. We can show that both results are driven by economic development. Per capita GDP is highly correlated with public health expenditure but it is not a perfect substitute.

Hayes, A., Lung, T., Wen, L. M., et al. (2014). "Economic evaluation of "healthy beginnings" an early childhood intervention to prevent obesity." *Obesity (Silver Spring)* **22**(7): 1709-1715.

OBJECTIVE: To determine the costs and cost-effectiveness of an early childhood home visiting program delivered to families in socio-economically disadvantaged areas of Sydney, Australia during 2007-2010. **METHODS:** Economic evaluation of a randomized controlled trial, the healthy beginnings (HB) trial, from the perspective of the health funder. Intervention resources were determined from local health district records in 2012 \$AUD. Health-care resource utilization was determined through patient-level data linkage. **RESULTS:** The cost of HB intervention in the clinical trial over 2 years was \$1309 per child (2012 \$AUD). The incremental cost-effectiveness ratio was \$4230 per unit BMI avoided and \$631 per 0.1 reduction in BMI z-score. It was estimated that the program could be delivered in practice for \$709 per child; with incremental cost-effectiveness ratios of \$2697 per unit BMI avoided and \$376 per 0.1 reduction in BMI z-score. **CONCLUSIONS:** We present the first economic evaluation of an effective

obesity prevention initiative in early childhood. HB is a moderately priced intervention with demonstrated effectiveness that offers similar or better value for money than existing obesity prevention or treatment interventions targeted at older children.

Herman, W. H. (2011). "The economics of diabetes prevention." *Med Clin North Am* **95**(2): 373-384, viii.

In the United States, the costs associated with diabetes mellitus are increasing. Although people with diabetes comprise less than 6% of the US population, approximately 1 in 5 health care dollars is spent caring for people with diabetes. Healthy lifestyle interventions for the general population and intensive lifestyle and medication interventions for high-risk individuals present opportunities for diabetes prevention. This article describes the costs associated with glucose intolerance and diabetes, the effect of glucose intolerance and diabetes on the quality of life, and the cost-effectiveness of screening and primary prevention interventions for diabetes prevention.

Hogg, W., Baskerville, N. et Lemelin, J. (2005). "Cost savings associated with improving appropriate and reducing inappropriate preventive care: cost-consequences analysis." *BMC Health Serv Res* **5**(1): 20.

BACKGROUND: Outreach facilitation has been proven successful in improving the adoption of clinical preventive care guidelines in primary care practice. The net costs and savings of delivering such an intensive intervention need to be understood. We wanted to estimate the proportion of a facilitation intervention cost that is offset and the potential for savings by reducing inappropriate screening tests and increasing appropriate screening tests in 22 intervention primary care practices affecting a population of 90,283 patients. **METHODS:** A cost-consequences analysis of one successful outreach facilitation intervention was done, taking into account the estimated cost savings to the health system of reducing five inappropriate tests and increasing seven appropriate tests. Multiple data sources were used to calculate costs and cost savings to the government. The cost of the intervention and costs of performing appropriate testing were calculated. Costs averted were calculated by multiplying the number of tests not performed as a result of the intervention. Further downstream cost savings were determined by calculating the direct costs associated with the number of false positive test follow-ups avoided. Treatment costs averted as a result of increasing appropriate testing were similarly calculated. **RESULTS:** The total cost of the intervention over 12 months was \$238,388 and the cost of increasing the delivery of appropriate care was \$192,912 for a total cost of \$431,300. The savings from reduction in inappropriate testing were \$148,568 and from avoiding treatment costs as a result of appropriate testing were \$455,464 for a total savings of \$604,032. On a yearly basis the net cost saving to the government is \$191,733 per year (2003 Can dollars) equating to \$3,687 per physician or \$63,911 per facilitator, an estimated return on intervention investment and delivery of appropriate preventive care of 40%. **CONCLUSION:** Outreach facilitation is more expensive but more effective than other attempts to modify primary care practice and all of its costs can be offset through the reduction of inappropriate testing and increasing appropriate testing. Our calculations are based on conservative assumptions. The potential for savings is likely considerably higher.

Huang, Y. L., Lasry, A., Hutchinson, A. B., et al. (2015). "A systematic review on cost effectiveness of HIV prevention interventions in the United States." *Appl Health Econ Health Policy* **13**(2): 149-156.

BACKGROUND: The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) focus on funding HIV prevention interventions likely to have high impact on the HIV epidemic. In its most recent funding announcement to state and local health department grantees, CDC required that health departments allocate the majority of funds to four HIV prevention interventions: HIV testing, prevention with HIV-positives and their partners, condom distribution and policy initiatives. **OBJECTIVE:** We conducted a systematic review of the published literature to determine the extent of the cost-effectiveness evidence for each of those interventions. **METHODOLOGY:** We searched for US-based studies published through October 2012. The studies that qualified for inclusion contained original analyses that reported costs per quality-adjusted life-year saved, life-year saved, HIV infection averted, or new HIV diagnosis. For each study, paired reviewers performed a detailed review and data extraction. We reported the number of studies related to each intervention and summarized key cost-effectiveness

findings according to intervention type. Costs were converted to 2011 US dollars. RESULTS: Of the 50 articles that met the inclusion criteria, 33 related to HIV testing, 15 assessed prevention with HIV-positives and partners, three reported on condom distribution, and one reported on policy initiatives. Methodologies and cost-effectiveness metrics varied across studies and interventions, making them difficult to compare. CONCLUSION: Our review provides an updated summary of the published evidence of cost effectiveness of four key HIV prevention interventions recommended by CDC. With the exception of testing-related interventions, including partner services, where economic evaluations suggest that testing often can be cost effective, more cost-effectiveness research is needed to help guide the most efficient use of HIV prevention funds.

Imai, H., Kuroi, K., Ohsumi, S., et al. (2007). "Economic evaluation of the prevention and treatment of breast cancer--present status and open issues." *Breast Cancer* **14**(1): 81-87.

BACKGROUND: More effective methods of preventing and treating breast cancer are being sought by clinicians every day, and new drugs and interventions for overcoming this cancer are being energetically evaluated. At present, there are wide treatment options and many different objectives for breast cancer. These circumstances led us to seek information about the relative costs of the different medical options for the prevention and treatment of breast cancer and to try to ascertain whether one course of action is more efficient than other courses. Economic evaluation of healthcare is indispensable for selection of the best alternatives among medical interventions which are becoming more diverse day after day. The total medical expenditure continues to rise each year and some sort of evaluation from an objective and external viewpoint is required to provide the information with which to suppress this rise. METHODS: This paper surveys the three major reports published on this topic to date, for the purpose of demonstrating the importance and necessity of performing an economic analysis of the treatment and prevention of breast cancer. The three reports to be surveyed pertain to: (1) cost-effectiveness analysis of adjuvant chemotherapy for patients with lymph node negative breast cancer, (2) cost utility analysis of first-line hormonal therapy in advanced breast cancer, namely comparison of two aromatase inhibitors to tamoxifen, and (3) cost-effectiveness analysis of tamoxifen in the prevention of breast cancer. In addition, this paper discusses the advantages, limitations and perspective for the future of the economic evaluation of healthcare for breast cancer. RESULTS: (1) The authors concluded that if the average risk of all women of undergoing recurrence after this therapy is assumed to be 4% per year, adjuvant chemotherapy is definitely of benefit for node-negative, estrogen receptor-negative breast cancer patients. They additionally stated that this benefit decreases markedly if the changes in long-term survival are less than those in disease-free survival. In this connection, they pointed out that the benefit is considerably smaller among postmenopausal 60-year-old women. (2) The incremental cost per quality-adjusted progression-free life year (QAPFY) for letrozole and anastrozole, relative to tamoxifen, was Can \$12,500-19,600, which was lower than the criterion level (US \$50,000). On the basis of this result, the authors concluded that these two drugs are economically acceptable. Furthermore, when efficacy and cost effectiveness were analyzed together, it was concluded that letrozole is in fact preferable to anastrozole. (3) The model analysis of tamoxifen's cost effectiveness among women at increased risk for breast cancer yielded the following results. In the base-case analysis, involving the calculation of the costs and benefits of 5-year tamoxifen administration, the incremental cost effectiveness of tamoxifen was \$41,372 per life-year gained for women age 35 to 49 years, whereas for women age 50 to 59 years and 60 to 69 years, these values were \$68,349 and \$74,981, respectively. For women who had undergone hysterectomy and thus had no risk of the onset of endometrial cancer, the incremental cost effectiveness of tamoxifen was \$46,060 per life-year gained. CONCLUSION: Medico-economic evaluation of breast cancer is very significant and valuable and is expected to stimulate efficient utilization of healthcare resources. It can provide important information to physicians, patients, insurers, pharmaceutical and other industries, healthcare policy planners, and others.

Jenkyn, K. B., Hoch, J. S. et Speechley, M. (2012). "How much are we willing to pay to prevent a fall ? Cost-effectiveness of a multifactorial falls prevention program for community-dwelling older adults." *CANADIAN JOURNAL ON AGING : LA REVUE CANADIENNE DU VIEILLISSEMENT* **31**(2): 121-137.

Cette étude a examiné le rapport coût-efficacité d'un programme multifactoriel de prévention des chutes et a évalué le compromis entre les coûts supplémentaires d'un tel programme et une augmentation de la réduction des chutes accidentelles. 384 participants (vétérans de guerre et soignants informels) résidant en Ontario au Canada ont été aléatoirement affectés dans le groupe d'intervention ou dans le groupe de contrôle. Les résultats n'ont pas prouvé la rentabilité de ce programme.

Jeong, K. E. et Cairns, J. A. (2013). "Review of economic evidence in the prevention and early detection of colorectal cancer." *Health Econ Rev* 3(1): 20.

This paper aims to systematically review the cost-effectiveness evidence, and to provide a critical appraisal of the methods used in the model-based economic evaluation of CRC screening and subsequent surveillance. A search strategy was developed to capture relevant evidence published 1999-November 2012. Databases searched were MEDLINE, EMBASE, National Health Service Economic Evaluation (NHS EED), EconLit, and HTA. Full economic evaluations that considered costs and health outcomes of relevant intervention were included. Sixty-eight studies which used either cohort simulation or individual-level simulation were included. Follow-up strategies were mostly embedded in the screening model. Approximately 195 comparisons were made across different modalities; however, strategies modelled were often simplified due to insufficient evidence and comparators chosen insufficiently reflected current practice/recommendations. Studies used up-to-date evidence on the diagnostic test performance combined with outdated information on CRC treatments. Quality of life relating to follow-up surveillance is rare. Quality of life relating to CRC disease states was largely taken from a single study. Some studies omitted to say how identified adenomas or CRC were managed. Besides deterministic sensitivity analysis, probabilistic sensitivity analysis (PSA) was undertaken in some studies, but the distributions used for PSA were rarely reported or justified. The cost-effectiveness of follow-up strategies among people with confirmed adenomas are warranted in aiding evidence-informed decision making in response to the rapidly evolving technologies and rising expectations.

Korber, K. (2014). "Potential transferability of economic evaluations of programs encouraging physical activity in children and adolescents across different countries--a systematic review of the literature." *Int J Environ Res Public Health* 11(10): 10606-10621.

Physical inactivity is an increasing problem. Owing to limited financial resources, one method of getting information on the cost-effectiveness of different types of prevention programs is to examine existing programs and their results. The aim of this paper is to give an overview of the transferability of cost-effectiveness results of physical activity programs for children and adolescents to other contexts. Based on a systematic review of the literature, the transferability of the studies found was assessed using a sub-checklist of the European Network of Health Economic Evaluation Databases (EURONHEED). Thirteen studies of different physical activity interventions were found and analyzed. The results for transferability ranged from "low" to "very high". A number of different factors influence a program's cost-effectiveness (i.e., discount rate, time horizon, etc.). Therefore, transparency with regard to these factors is one fundamental element in the transferability of the results. A major point of criticism is that transferability is often limited because of lack of transparency. This paper is the first to provide both an overview and an assessment of transferability of economic evaluations of existing programs encouraging physical activity in children and adolescents. This allows decision makers to gain an impression on whether the findings are transferable to their decision contexts, which may lead to time and cost savings.

Korber, K., Teuner, C. M., Lampert, T., et al. (2013). "[Direct costs of diabetes mellitus in Germany: first estimation of the differences related to educational level]." *Gesundheitswesen* 75(12): 812-818.

OBJECTIVE: There are many studies on health inequalities, but these are rarely combined with cost-of-illness analyses. If the cost-of-illness were to be calculated for the individual status groups, it would be possible to assess the economic potential of preventive measures aimed specifically at people from

low status groups. The objective of this article is to demonstrate for the first time the preventive potential by taking the example of diabetes mellitus (DM) from an economic perspective. **METHODS:** Based on a systematic literature review, the average direct costs per patient with DM were assessed. Then, the prevalence of DM among adults with different educational levels was estimated based on the nationwide survey 'German Health Update' (GEDA), conducted by the Robert Koch-Institute in Germany in 2009. Finally, the cost and prevalence data were used to calculate the direct costs for each educational level. **RESULTS:** The direct costs of DM amount to about 13.1 billion euro per year; about 35% of these costs can be attributed to patients with a low educational level. Thus, their share of the total costs is about 67% higher than their share of the total population. If the prevalence in the group with 'low educational level' (14.8%) could be reduced to the prevalence in the group with 'middle educational level' (7.9%), this would save about 2.2 billion (about 16.5%) euro of direct costs. **DISCUSSION:** The analysis provides a first estimate of the potential savings from an effective status specific prevention programme. However, the direct costs per patient used were only an average for all people with DM, as a breakdown by educational level was not available. Since education can also affect health behaviour and compliance, which are also determinants of cost, the analyses presented here are probably conservative.

Li, R., Qu, S., Zhang, P., et al. (2015). "Economic Evaluation of Combined Diet and Physical Activity Promotion Programs to Prevent Type 2 Diabetes Among Persons at Increased Risk: A Systematic Review for the Community Preventive Services Task Force." *Ann Intern Med* **163**(6): 452-460.

BACKGROUND: Diabetes is a highly prevalent and costly disease. Studies indicate that combined diet and physical activity promotion programs can prevent type 2 diabetes among persons at increased risk. **PURPOSE:** To systematically evaluate the evidence on cost, cost-effectiveness, and cost-benefit estimates of diet and physical activity promotion programs. **DATA SOURCES:** Cochrane Library, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO, Sociological Abstracts, Web of Science, EconLit, and CINAHL through 7 April 2015. **STUDY SELECTION:** English-language studies from high-income countries that provided data on cost, cost-effectiveness, or cost-benefit ratios of diet and physical activity promotion programs with at least 2 sessions over at least 3 months delivered to persons at increased risk for type 2 diabetes. **DATA EXTRACTION:** Dual abstraction and assessment of relevant study details. **DATA SYNTHESIS:** Twenty-eight studies were included. Costs were expressed in 2013 U.S. dollars. The median program cost per participant was \$653. Costs were lower for group-based programs (median, \$417) and programs implemented in community or primary care settings (median, \$424) than for the U.S. DPP (Diabetes Prevention Program) trial and the DPP Outcomes Study (\$5881). Twenty-two studies assessed the incremental cost-effectiveness ratios (ICERs) of the programs. From a health system perspective, 16 studies reported a median ICER of \$13 761 per quality-adjusted life-year (QALY) saved. Group-based programs were more cost-effective (median, \$1819 per QALY) than those that used individual sessions (median, \$15 846 per QALY). No cost-benefit studies were identified. **LIMITATION:** Information on recruitment costs and cost-effectiveness of translational programs implemented in community and primary care settings was limited. **CONCLUSION:** Diet and physical activity promotion programs to prevent type 2 diabetes are cost-effective among persons at increased risk. Costs are lower when programs are delivered to groups in community or primary care settings. **PRIMARY FUNDING SOURCE:** None.

Mahdi, S. et Marr, C. (2022). "Methods for the economic evaluation of obesity prevention dietary interventions in children: A systematic review and critical appraisal of the evidence." *Obesity review* **23**(9): e13457-13422p. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9542346/pdf/OBR-23-e13457.pdf>

OBJECTIVES: We aim to describe and provide a discussion of methods used to conduct economic evaluations of dietary interventions in children and adolescents, including long-term modelling, and to make recommendations to assist health economists in the design and reporting of such evaluations. **METHODS:** A systematic review was conducted in 11 bibliographic databases and the grey literature with searches undertaken between January 2000 and December 2021. A study was included if it (1) was an economic evaluation or modelling study of an obesity-prevention dietary intervention and (2) targeted 2- to 18-year-olds. **RESULTS:** Twenty-six studies met the inclusion criteria. Twelve studies

conducted an economic evaluation alongside a clinical trial, and 14 studies modelled long-term health and cost outcomes. Four overarching methodological challenges were identified: modelling long-term impact of interventions, measuring and valuing health outcomes, cost inclusions and equity considerations. CONCLUSIONS: Variability in methods used to predict, measure and value long-term benefits in adulthood from short-term clinical outcomes in childhood was evident across studies. Key recommendations to improve the design and analysis of future economic evaluations include the consideration of weight regain and diminishing intervention effects within future projections; exploration of wider intervention benefits not restricted to quality-of-life outcomes; and inclusion of parental or caregiver opportunity costs.

Mihalopoulos, C. et Chatterton, M. L. (2015). "Economic evaluations of interventions designed to prevent mental disorders: a systematic review." *Early Interv Psychiatry* 9(2): 85-92.

AIM: The prevention of mental disorders is a growing field and there are interventions that have been demonstrated to prevent some disorders, particularly depression, from developing. The aim of the current study is to update two existing reviews of the cost-effectiveness studies of preventive interventions for mental disorders in order to determine whether such interventions are good value-for-money. METHODS: A search was undertaken in Medline, PsycInfo and Econlit. The search was limited to articles published in English covering the period from 2010 to September 2013. Inclusion criteria for the review comprised comparative economic evaluations of interventions designed to prevent mental disorders. RESULTS: Ten new economic evaluations have been published since 2010, more than doubling the numbers of economic evaluations of preventive interventions for mental disorders published prior to 2010. Using the Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) checklist, the majority of studies were of a good standard and used cost-utility frameworks. CONCLUSIONS: Indicated types of interventions for the prevention of depression and anxiety appeared to be particularly good value-for-money and most of these studies were modelled evaluations. Unfortunately, many such interventions are still not routinely provided. Future trials of preventive interventions for mental disorders need to include robust economic evaluations so that the economic impact of such interventions from the individual study participant perspective can be determined.

Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J., et al. (2011). "The economic analysis of prevention in mental health programs." *Annu Rev Clin Psychol* 7: 169-201.

This article introduces the role economics can play in deciding whether programs designed to prevent mental disorders, which carry large disease and economic burdens, are a worthwhile use of limited healthcare resources. Fortunately, preventive interventions for mental disorders exist; however, which interventions should be financed is a common issue facing decision makers, and economic evaluation can provide answers. Unfortunately, existing economic evaluations of preventive interventions have limited applicability to local healthcare contexts. An approach to priority setting largely based on economic techniques-Assessing Cost-Effectiveness (ACE)-has been developed and used in Australia to answer questions regarding the economic credentials of competing interventions. Eleven preventive interventions for mental disorders and suicide, mostly psychological in nature, have been evaluated using this approach, with many meeting the criteria of good value for money. Interventions targeting the prevention of suicide, adult and childhood depression, childhood anxiety, and early psychosis have particular merit.

Mohan, G., Chattopadhyay, S. K., Ekwueme, D. U., et al. (2019). "Economics of Multicomponent Interventions to Increase Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Screening: A Community Guide Systematic Review." *Am J Prev Med* 57(4): 557-567.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6886701/pdf/nihms-1060122.pdf>

CONTEXT: The Community Preventive Services Task Force recently recommended multicomponent interventions to increase breast, cervical, and colorectal cancer screening based on strong evidence of effectiveness. This systematic review examines the economic evidence to guide decisions on the

implementation of these interventions. EVIDENCE ACQUISITION: A systematic literature search for economic evidence was performed from January 2004 to January 2018. All monetary values were reported in 2016 US dollars, and the analysis was completed in 2018. EVIDENCE SYNTHESIS: Fifty-three studies were included in the body of evidence from a literature search yield of 8,568 total articles. For multicomponent interventions to increase breast cancer screening, the median intervention cost per participant was \$26.69 (interquartile interval [IQI]=\$3.25, \$113.72), and the median incremental cost per additional woman screened was \$147.64 (IQI=\$32.92, \$924.98). For cervical cancer screening, the median costs per participant and per additional woman screened were \$159.80 (IQI=\$117.62, \$214.73) and \$159.49 (IQI=\$64.74, \$331.46), respectively. Two studies reported incremental cost per quality-adjusted life year gained of \$748 and \$33,433. For colorectal cancer screening, the median costs per participant and per additional person screened were \$36.63 (IQI=\$7.70, \$139.23) and \$582.44 (IQI=\$91.10, \$1,452.12), respectively. Two studies indicated a decline in incremental cost per quality-adjusted life year gained of \$1,651 and \$3,817. CONCLUSIONS: Multicomponent interventions to increase cervical and colorectal cancer screening were cost effective based on a very conservative threshold. Additionally, multicomponent interventions for colorectal cancer screening demonstrated net cost savings. Cost effectiveness for multicomponent interventions to increase breast cancer screening could not be determined owing to the lack of studies reporting incremental cost per quality-adjusted life year gained. Future studies estimating this outcome could assist implementers with decision making.

Morgan, M., Marino, R., Wright, C., et al. (2012). "Economic evaluation of preventive dental programs: what can they tell us?" *Community Dent Oral Epidemiol* **40 Suppl 2**: 117-121.

The role of public health program planners is to determine the effectiveness of public health programs, what recommendations should be made, what future initiatives should be taken, and what policies should be developed. At a basic level, to choose between competing alternatives, two characteristics of an intervention must be considered; these are its outcome and its cost. Based on cost and outcome, planners must select the option that offers the most advantages. Economic evaluation is commonly adopted by decision makers in the health sector to investigate the effectiveness of public health programs and to help plan future initiatives. Economic evaluation assists decision makers who must weigh the information it provides in the context of many and often competing options. In this way, an economic evaluation is an aid to decision making rather than the decision itself. Economic evaluation is becoming essential for informed decision making, with potential implications for public health policy and practice and for clinical practice too. While economic evaluations are commonly used in decision-making processes about health programs, few examples exist in the oral health literature. In the case of preventive oral health programs, economic analysis is often difficult, largely because it makes demands on epidemiological and demographic data that are hard to meet. This study will address the concepts and tools required to conduct economic evaluations of prevention programs. The emphasis will be on oral health and preventive dental programs, although the concepts presented could be useful for other public health programs by practitioners and managers with the aim of producing effective and efficient oral health programs.

Nguyen, K. H. (2018). "Where are we at with model-based economic evaluations of interventions for dementia? a systematic review and quality assessment." *BMC Health Serv Res* **30(11)**: 1593-1605.

ABSTRACT Objective: To identify, review, and critically appraise model-based economic evaluations of all types of interventions for people with dementia and their carers. DESIGN: A systematic literature search was undertaken to identify model-based evaluations of dementia interventions. A critical appraisal of included studies was carried out using guidance on good practice methods for decision-analytic models in health technology assessment, with a focus on model structure, data, and model consistency. SETTING: Interventions for people with dementia and their carers, across prevention, diagnostic, treatment, and disease management. RESULTS: We identified 67 studies, with 43 evaluating pharmacological products, 19 covering prevention or diagnostic strategies, and 5 studies reporting non-pharmacological interventions. The majority of studies use Markov models with a simple structure to represent dementia symptoms and disease progression. Half of all studies

reported taking a societal perspective, with the other half adopting a third-party payer perspective. Most studies follow good practices in modeling, particularly related to the decision problem description, perspective, model structure, and data inputs. Many studies perform poorly in areas related to the reporting of pre-modeling analyses, justifying data inputs, evaluating data quality, considering alternative modeling options, validating models, and assessing uncertainty.

CONCLUSIONS: There is a growing literature on the model-based evaluations of interventions for dementia. The literature predominantly reports on pharmaceutical interventions for Alzheimer's disease, but there is a growing literature for dementia prevention and non-pharmacological interventions. Our findings demonstrate that decision-makers need to critically appraise and understand the model-based evaluations and their limitations to ensure they are used, interpreted, and applied appropriately.

OCDE (2013). Expenditure on Prevention Activities under SHA 2011 : Supplementary Guidance. Paris, OCDE: 27p.

Experience from the substantial health gains of the 20th century suggests that spending on prevention could be an important factor. Therefore, gathering data on such spending that are consistent and comparable, both over time and across countries, is potentially very useful. This paper aims to help clarify what should be included as spending on prevention under SHA 2011 to facilitate accurate comparisons.

Oglesby, W. H., Smith, J. L. et Alemagno, S. A. (2014). "Diagnoses, prevalence, and state-based federal spending for HIV prevention and treatment in the United States, 2006-2009." AIDS Res Ther **11**: 15.

BACKGROUND: In response to an article published in 2012 by officials at the US Department of Health and Human Services (DHHS), an independent analysis of state-based federal resource allocation for HIV was conducted to determine if the funding accurately reflected diagnosis and prevalence rates. METHODS: Total state-based federal funding for HIV, state-based funding for HIV prevention, and state-based funding for HIV treatment were compared to state-based HIV diagnosis and prevalence rates from 2006-2009. RESULTS: Total state-based federal funding for HIV and funding for HIV prevention and treatment were highly correlated with HIV diagnosis and prevalence rates during the time horizon of the study; however, correlations between state-based HIV prevention funding and state-based HIV diagnosis rates were lower than the correlations between state-based HIV treatment funding and HIV prevalence. CONCLUSIONS: Our findings suggest that state-based federal resource allocation for HIV prevention and treatment may be better aligned with HIV diagnosis and prevalence rates than previously reported; however resource allocation for HIV prevention is less aligned than funding for HIV treatment signaling the need to reexamine state-based federal funding for HIV prevention.

Olsen, K. R. et Bilde, L. (2006). "Cost-effectiveness of the Danish smoking cessation interventions : Subgroup analysis based on the Danish Smoking Cessation Database." THE EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS **7**(4): 255-264.

The cost-effectiveness of smoking cessation interventions is well documented. However, most studies are based on randomized controlled trials (RCTs) and provide little information on the differences between subgroups. This study assessed the relative cost-effectiveness of smoking cessation interventions offered to various subgroups of smokers, based on real-life data. Regression analyses provided information on the factors determining abstinence and costs and led to the formation of relevant subgroups of smokers. Probabilistic Markov modeling was then used to estimate the relative cost-effectiveness of smoking cessation interventions for the entire database population and for the subgroups compared to a no-intervention case. The ICER for the base case population was estimated at <euro>1,358. This is consistent with results from the existing literature. Group simulations showed lower ICERs for men, hospitals, and light smokers and falling ICERs with increasing age. Despite differences in the cost-effectiveness ratios between subgroups our results do not justify any kind of subgroup differentiation in a smoking prevention policy.

OMS (2014). Evaluation multipays des capacités de prise en charge des troubles de l'audition. Genève OMS: 47, tabl., fig.

https://surdifrance.org/images/PDF/WHOREportHearingCare_Frenchweb.pdf

En 2012, l'OMS a entrepris une enquête par questionnaire pour évaluer les moyens qu'ont les États Membres de dresser et de mettre en oeuvre des plans et des programmes nationaux ou infranationaux axés sur la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition dans le but de prévenir la perte auditive. Le présent rapport dresse un panorama des moyens disponibles dans le monde pour prévenir, diagnostiquer et prendre en charge la perte auditive.

Ozawa, S., Yemeke, T. T. et Thompson, K. M. (2018). "Systematic review of the incremental costs of interventions that increase immunization coverage." *Vaccine* **36**(25): 3641-3649.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7853081/pdf/nihms-1665827.pdf>

Achieving and maintaining high vaccination coverage requires investments, but the costs and effectiveness of interventions to increase coverage remain poorly characterized. We conducted a systematic review of the literature to identify peer-reviewed studies published in English that reported interventions aimed at increasing immunization coverage and the associated costs and effectiveness of the interventions. We found limited information in the literature, with many studies reporting effectiveness estimates, but not providing cost information. Using the available data, we developed a cost function to support future programmatic decisions about investments in interventions to increase immunization coverage for relatively low and high-income countries. The cost function estimates the non-vaccine cost per dose of interventions to increase absolute immunization coverage by one percent, through either campaigns or routine immunization. The cost per dose per percent increase in absolute coverage increased with higher baseline coverage, demonstrating increasing incremental costs required to reach higher coverage levels. Future studies should evaluate the performance of the cost function and add to the database of available evidence to better characterize heterogeneity in costs and generalizability of the cost function.

Peden, M., Scurfield, R., Sleet, D., et al. (2004). Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation. Genève, OMS

Les accidents de la circulation constituent un problème de santé publique majeur, mais négligé, qui appelle des efforts concertés en vue d'assurer durablement une prévention efficace. Parmi tous les systèmes auxquels les gens ont affaire au quotidien, les systèmes de circulation routière sont les plus complexes et les plus dangereux. On estime que 1,2 million de personnes sont tuées et pas moins de 50 millions blessées chaque année dans le monde dans des accidents de la route. Selon les projections, ces chiffres augmenteront d'environ 65% au cours des 20 prochaines années s'il n'y a pas un nouvel engagement en faveur de la prévention. Pourtant, la tragédie que cachent ces chiffres attire moins l'attention des médias que d'autres types de drames moins fréquents. Le Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation est le premier grand rapport publié conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale sur ce sujet. Il souligne leur préoccupation face à la gravité du préjudice que le manque de sécurité des systèmes de circulation routière entraîne pour la santé publique et le développement à l'échelle mondiale. Il conclut aussi que le niveau des accidents de la circulation est inacceptable et que ceux-ci seraient en grande partie évitables.

Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., et al. (2014). "The burden of disease in older people and implications for health policy and practice." *The Lancet*: (14).

23% of the total global burden of disease is attributable to disorders in people aged 60 years and older. Although the proportion of the burden arising from older people (≥ 60 years) is highest in high-income regions, disability-adjusted life years (DALYs) per head are 40% higher in low-income and middle-income regions, accounted for by the increased burden per head of population arising from

cardiovascular diseases, and sensory, respiratory, and infectious disorders. The leading contributors to disease burden in older people are cardiovascular diseases (30.3% of the total burden in people aged 60 years and older), malignant neoplasms (15.1%), chronic respiratory diseases (9.5%), musculoskeletal diseases (7.5%), and neurological and mental disorders (6.6%). A substantial and increased proportion of morbidity and mortality due to chronic disease occurs in older people. Primary prevention in adults aged younger than 60 years will improve health in successive cohorts of older people, but much of the potential to reduce disease burden will come from more effective primary, secondary, and tertiary prevention targeting older people. Obstacles include misplaced global health priorities, ageism, the poor preparedness of health systems to deliver age-appropriate care for chronic diseases, and the complexity of integrating care for complex multimorbidities. Although population ageing is driving the worldwide epidemic of chronic diseases, substantial untapped potential exists to modify the relation between chronological age and health. This objective is especially important for the most age-dependent disorders (ie, dementia, stroke, chronic obstructive pulmonary disease, and vision impairment), for which the burden of disease arises more from disability than from mortality, and for which long-term care costs outweigh health expenditure. The societal cost of these disorders is enormous.

Rappange, D.-R., Brouwer, W.-B., Hoogenveen, R.-T., et al. (2009). "Healthcare Costs and Obesity Prevention : Drug Costs and Other Sector-Specific Consequences." *Pharmacoeconomics* **27**(12): 1031-1044.

Background : Obesity is a major contributor to the overall burden of disease (also reducing life expectancy) and associated with high medical costs due to obesity-related diseases. However, obesity prevention, while reducing obesity-related morbidity and mortality, may not result in overall healthcare cost savings because of additional costs in life-years gained. Sector-specific financial consequences of preventing obesity are less well documented, for pharmaceutical spending as well as for other healthcare segments. Objective : To estimate the effect of obesity prevention on annual and lifetime drug spending as well as other sector-specific expenditures, i.e. the hospital segment, long-term care segment and primary healthcare. Methods : The RIVM (Dutch National Institute for Public Health and the Environment) Chronic Disease Model and Dutch cost of illness data were used to simulate, using a Markov-type model approach, the lifetime expenditures in the pharmaceutical segment and three other healthcare segments for a hypothetical cohort of obese (body mass index [BMI] ≥ 30 kg/m²), non-smoking people with a starting age of 20 years. In order to assess the sector-specific consequences of obesity prevention, these costs were compared with the costs of two other similar cohorts, i.e. a 'healthy-living' cohort (non-smoking and a BMI ≥ 18.5 and < 25 kg/m²) and a smoking cohort. To assert whether preventing obesity results in cost savings in any of the segments, net present values were estimated using different discount rates. Sensitivity analyses were conducted across key input values and using a broader definition of healthcare. Results : Lifetime drug expenditures are higher for obese people than for 'healthy-living' people, despite shorter life expectancy for the obese. Obesity prevention results in savings on drugs for obesity-related diseases until the age of 74 years, which outweigh additional drug costs for diseases unrelated to obesity in life-years gained. Furthermore, obesity prevention will increase long-term care expenditures substantially, while savings in the other healthcare segments are small or non-existent. Discounting costs more heavily or using lower relative mortality risks for obesity would make obesity prevention a relatively more attractive strategy in terms of healthcare costs, especially for the long-term care segment. Application of a broader definition of healthcare costs has the opposite effect. Conclusions : Obesity prevention will likely result in savings in the pharmaceutical segment, but substantial additional costs for long-term care. These are important considerations for policy makers concerned with the future sustainability of the healthcare system.

Ride, J., Kasteridis, P., Gutacker, N., et al. (2023). "Impact of prevention in primary care on costs in primary and secondary care for people with serious mental illness." *Health Economics* **32**(2): 343-355.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4623>

Abstract A largely unexplored part of the financial incentive for physicians to participate in preventive care is the degree to which they are the residual claimant from any resulting cost savings. We examine

the impact of two preventive activities for people with serious mental illness (care plans and annual reviews of physical health) by English primary care practices on costs in these practices and in secondary care. Using panel two-part models to analyze patient-level data linked across primary and secondary care, we find that these preventive activities in the previous year are associated with cost reductions in the current quarter both in primary and secondary care. We estimate that there are large beneficial externalities for which the primary care physician is not the residual claimant: the cost savings in secondary care are 4.7 times larger than the cost savings in primary care. These activities are incentivized in the English National Health Service but the total financial incentives for primary care physicians to participate were considerably smaller than the total cost savings produced. This suggests that changes to the design of incentives to increase the marginal reward for conducting these preventive activities among patients with serious mental illness could have further increased welfare.

Saha, S., Gerdtham, U. G. et Johansson, P. (2010). "Economic evaluation of lifestyle interventions for preventing diabetes and cardiovascular diseases." *Int J Environ Res Public Health* 7(8): 3150-3195.

Lifestyle interventions (i.e., diet and/or physical activity) are effective in delaying or preventing the onset of diabetes and cardiovascular disease. However, policymakers must know the cost-effectiveness of such interventions before implementing them at the large-scale population level. This review discusses various issues (e.g., characteristics, modeling, and long-term effectiveness) in the economic evaluation of lifestyle interventions for the primary and secondary prevention of diabetes and cardiovascular disease. The diverse nature of lifestyle interventions, i.e., type of intervention, means of provision, target groups, setting, and methodology, are the main obstacles to comparing evaluation results. However, most lifestyle interventions are among the intervention options usually regarded as cost-effective. Diabetes prevention programs, such as interventions starting with targeted or universal screening, childhood obesity prevention, and community-based interventions, have reported favorable cost-effectiveness ratios.

Sassi, F. (2010). *L'obésité et l'économie de la prévention : Objectif santé*. Paris, OCDE

On croit généralement que l'épidémie d'obésité a des explications simples et que des solutions devraient pouvoir y être apportées sous peu. Or, un examen détaillé des données fait apparaître une situation plus complexe, dans laquelle il est même difficile de trouver des informations objectives sur le phénomène. Autorités, professionnels de la santé et chercheurs, font face au défi de comprendre l'épidémie et d'élaborer une stratégie efficace pour la combattre. Cet ouvrage contribue, par l'étude de multiples aspects du problème de l'obésité, à la mise au point de politiques scientifiquement fondées. Il examine l'étendue et les caractéristiques de l'épidémie, les rôles et influences respectifs des forces du marché et des pouvoirs publics, et l'impact des interventions. Une approche économique de la prévention des maladies chroniques est décrite, qui ouvre de nouvelles pistes par rapport à une approche plus traditionnelle de la santé publique. Les analyses ont été réalisées par l'OCDE, pour partie en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé. Les principaux chapitres sont complétés par des contributions spéciales d'experts de la santé et de l'obésité.

Sassi, F. (2010). *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*. Paris OCDE: 290 , tabl., graph., fig.

This report examines the scale and characteristics of the current obesity epidemic, the respective roles and influences of market forces and governments, and the impact of interventions to tackle obesity. Its report presents for the first time analyses and comparisons of the most detailed data on obesity available from 11 OECD countries. It includes a unique analysis of the health and economic impact of a range of interventions to tackle obesity in 5 countries, carried out jointly by the OECD and the World Health Organization. Obesity has risen to the top of the public health policy agenda worldwide. Before 1980, rates were generally well below 10%. They have since doubled or tripled in many countries, and in almost half of the OECD, 50% or more of the population is overweight. A key risk factor for numerous chronic diseases, obesity is a major public health concern. There is a popular perception that explanations for the obesity epidemic are simple and solutions within reach. But the data reveal a more complicated picture, one in which even finding objective evidence on the phenomenon is

difficult. Policy makers, health professionals and academics all face challenges in understanding the epidemic and devising effective counter strategies. This book contributes to evidence-based policy making by exploring multiple dimensions of the obesity problem. It examines the scale and characteristics of the epidemic, the respective roles and influence of market forces and governments, and the impact of interventions. It outlines an economic approach to the prevention of chronic diseases that provides novel insights relative to a more traditional public health approach

Sassi, F., Cecchini, M., Lauer, J., et al. (2009). *Improving Lifestyles, Tackling Obesity : The Health and Economic Impact of Prevention Strategies*. Paris, OCDE: 102p.

Les taux de surpoids et d'obésité ne cessent d'augmenter depuis plusieurs décennies dans tous les pays industrialisés, ainsi que dans beaucoup de pays ayant un revenu plus faible. Les analyses consacrées par l'OCDE aux tendances structurelles confirment le sombre tableau qui a été brossé dans les publications internationales, tout comme le font les prévisions établies sur les taux de surpoids et d'obésité pour les dix prochaines années. Les conditions dans lesquelles vivent les individus depuis vingt ou trente ans, notamment sur le plan matériel, social et économique, ont très fortement influé sur leur ration calorique globale, la composition de leur alimentation, ainsi que la fréquence et l'intensité de leur activité physique au travail, à la maison et pendant les loisirs. Beaucoup de pays sont préoccupés non seulement par le rythme auquel progressent le surpoids et l'obésité, mais aussi par le caractère inégal de leur répartition entre les catégories sociales, en particulier selon la situation socioéconomique et l'origine ethnique. En collaboration avec l'OMS, l'OCDE a procédé, à partir d'un modèle, à l'évaluation de plusieurs actions destinées à prévenir les maladies chroniques par l'amélioration de l'alimentation et l'augmentation de l'activité physique. Cet exercice s'est appuyé dans l'ensemble sur la méthode WHO-CHOICE (CHOosing Interventions that are Cost-Effective). Son but était d'apprécier l'efficacité de diverses mesures envisageables pour lutter contre les mauvaises habitudes de vie et les affections chroniques ayant un rapport avec elles. De plus, par comparaison avec le système CHOICE classique, cette analyse avait pour objet d'apprécier l'impact des stratégies de prévention sur la répartition des coûts et des résultats en matière de santé.

Sassi, F., Hurst, J. (2008). *The Prevention of Lifestyle-Related Chronic Diseases : an Economic Framework*. Paris, OCDE: 74p.

Le présent rapport appréhende dans une optique économique la question de la prévention des maladies chroniques, en mettant tout particulièrement l'accent sur celles qui sont associées au mode de vie. Le cadre économique proposé repose essentiellement sur l'hypothèse selon laquelle la prévention des maladies chroniques peut permettre d'améliorer le bien-être social ou d'accroître l'équité face à la santé, ou les deux, par rapport à une situation dans laquelle ces maladies sont simplement traitées lorsqu'elles se déclarent. Pour vérifier cette hypothèse, il faut accomplir plusieurs tâches d'ordre conceptuel et méthodologique. Il est nécessaire de cerner le processus qui aboutit à l'apparition des maladies chroniques, ainsi que les moyens susceptibles d'infléchir ce processus. Pour définir l'action à mener dans ce sens, il faut examiner si les déterminants de ces maladies sont simplement issus de la dynamique d'un marché efficient ou s'ils découlent d'une défaillance du marché et d'un défaut de rationalité qui empêchent les individus d'obtenir les meilleurs résultats possibles. Lorsqu'il y a défaillance, il est nécessaire de définir les mesures préventives qui pourraient être prises, mesures dont l'impact attendu sur les choix individuels doit être proportionnel à l'ampleur de cette défaillance et à la gravité des effets qu'elle produit. Il conviendrait d'examiner si ces mesures auront une incidence positive sur le bien-être social et l'équité face à la santé en effectuant une évaluation approfondie à l'aide de données concrètes avant leur application.

Sassi, F. éd. (2015). *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, Paris : OCDE
<http://www.oecd.org/fr/sante/l-ocde-expose-les-mesures-que-les-gouvernements-peuvent-prendre-pour-eviter-les-importants-surcouts-lies-a-une-consommation-nocive-d-alcool.htm>

Alcoholic beverages, and their harmful use, have been familiar fixtures in human societies since the beginning of recorded history. Worldwide, alcohol is a leading cause of ill health and premature

mortality. It accounts for 1 in 17 deaths, and for a significant proportion of disabilities, especially in men. In OECD countries, alcohol consumption is about twice the world average. Its social costs are estimated in excess of 1% of GDP in high- and middle-income countries. When it is not the result of addiction, alcohol use is an individual choice, driven by social norms, with strong cultural connotations. This is reflected in unique patterns of social disparity in drinking, showing the well-to-do in some cases more prone to hazardous use of alcohol, and a polarisation of problem-drinking at the two ends of the social spectrum. Certain patterns of drinking have social impacts, which provide a strong economic rationale for governments to influence the use of alcohol through policies aimed at curbing harms, including those occurring to people other than drinkers. Some policy approaches are more effective and efficient than others, depending on their ability to trigger changes in social norms, and on how well they can target the groups that are most at risk. This book provides a detailed examination of trends and social disparities in alcohol consumption. It offers a wide-ranging assessment of the health, social and economic impacts of key policy options for tackling alcohol-related harms in three OECD countries (Canada, the Czech Republic and Germany), extracting relevant policy messages for a broader set of countries.

Schaufler, T. M. et Wolff, M. (2010). "Cost effectiveness of preventive screening programmes for type 2 diabetes mellitus in Germany." *Appl Health Econ Health Policy* 8(3): 191-202.

BACKGROUND: As in several other industrialized countries, Germany's statutory health insurance (SHI) is facing rising healthcare costs as well as the challenges caused by a double-aging society. The early detection and prevention of chronic diseases is considered a possible way to reduce the impact of these developments. However, controversy surrounds the costs and effects in terms of medical and financial outcomes of such programmes. **OBJECTIVE:** To examine the cost effectiveness of screening for type 2 diabetes mellitus (T2DM) from the perspective of the German SHI. The screening programme was compared with the current status quo (i.e. diagnosis of T2DM in routine clinical care or after the occurrence of the first clinical symptoms). Prevention strategies after diagnosis of pre-diabetes encompassed lifestyle and metformin interventions. **METHODS:** Effects of introducing screening for T2DM were assessed based on a Markov Monte Carlo microsimulation model. In contrast to a cohort model, this approach easily allows for detailed subgroup analysis accounting for the different characteristics of the general German population that would be targeted by the screening programme. Assessed endpoints included quality of life, lifetime costs, age at diabetes diagnosis, and incidence and age at occurrence of diabetes-related complications such as myocardial infarction, stroke, renal failure and blindness. **RESULTS:** Screening for T2DM was cost effective in the general population by all commonly applied standards (euro562.54 per QALY for lifestyle intervention, euro325.44 per QALY for prevention with metformin [year 2006 values]) and even cost saving in the subgroup diagnosed with pre-diabetes and treated preventively. Occurrence of diabetes-related adverse events was reduced significantly and life expectancy was increased compared with no screening. **CONCLUSIONS:** These results suggest that early detection and disease prevention may be cost effective in the long term. However, additional political measures are necessary to support implementation, as the German SHI is currently lacking the necessary long-term incentives to support preventive screening programmes.

Schwappach, D. L., Boluarte, T. A. et Suhrcke, M. (2007). "The economics of primary prevention of cardiovascular disease - a systematic review of economic evaluations." *Cost Eff Resour Alloc* 5: 5.

BACKGROUND: In the quest for public and private resources, prevention continues to face a difficult challenge in obtaining tangible public and political support. This may be partly because the economic evidence in favour of prevention is often said to be largely missing. The overall aim of this paper is to examine whether economic evidence in favour of prevention does exist, and if so, what its main characteristics, weaknesses and strengths are. We concentrate on the evidence regarding primary prevention that targets cardiovascular disease event or risk reduction. **METHODS:** We conducted a systematic literature review of journal articles published during the period 1995-2005, based on a comprehensive key-word based search in generic and specialized electronic databases, accompanied by manual searches of expert databases. The search strategy consisted of combinations of freetext

and keywords related to economic evaluation, cardiovascular diseases, and primary preventive interventions of risk assessment or modification. RESULTS: A total of 195 studies fulfilled all of the relevant inclusion criteria. Overall, a significant amount of relevant economic evidence in favour of prevention does exist, despite important remaining gaps. The majority of studies were cost-effectiveness-analyses, expressing benefits as "life years gained", were conducted in a US or UK setting, assessed clinical prevention, mainly drugs targeted at lowering lipid levels, and referred to subjects aged 35-64 years old with at least one risk factor. CONCLUSION: First, this review has demonstrated the obvious lack of economic evaluations of broader health promotion interventions, when compared to clinical prevention. Second, the clear role for government to engage more actively in the economic evaluation of prevention has become very obvious, namely, to fill the gap left by private industry in terms of the evaluation of broader public health interventions and regarding clinical prevention, in light of the documented relationship between study funding and reporting of favourable results. Third, the value of greater adherence to established guidelines on economic evaluation cannot be emphasised enough. Finally, there appear to be certain methodological features in the practice of economic evaluations that might bias the choice between prevention and cure in favour of the latter.

Shaw, F. E., Asomugha, C. N., Conway, P. H., et al. (2014). "The Patient Protection and Affordable Care Act: opportunities for prevention and public health." *Lancet* **384**(9937): 75-82.

The Patient Protection and Affordable Care Act, which was enacted by the US Congress in 2010, marks the greatest change in US health policy since the 1960s. The law is intended to address fundamental problems within the US health system, including the high and rising cost of care, inadequate access to health insurance and health services for many Americans, and low health-care efficiency and quality. By 2019, the law will bring health coverage--and the health benefits of insurance--to an estimated 25 million more Americans. It has already restrained discriminatory insurance practices, made coverage more affordable, and realised new provisions to curb costs (including tests of new health-care delivery models). The new law establishes the first National Prevention Strategy, adds substantial new funding for prevention and public health programmes, and promotes the use of recommended clinical preventive services and other measures, and thus represents a major opportunity for prevention and public health. The law also provides impetus for greater collaboration between the US health-care and public health systems, which have traditionally operated separately with little interaction. Taken together, the various effects of the Patient Protection and Affordable Care Act can advance the health of the US population.

Silva Junior, G. B. D., Oliveira, J. G. R., Oliveira, M. R. B., et al. (2018). "Global costs attributed to chronic kidney disease: a systematic review." *Rev Assoc Med Bras (1992)* **64**(12): 1108-1116.

OBJECTIVE: The aim of this study is to discuss the global costs attributed to chronic kidney disease (CKD) and its impact on healthcare systems of developing countries, such as Brazil. METHODS: This is a systematic review based on data from PubMed/Medline, using the key words "costs" and "chronic kidney disease", in January 2017. The search was also done in other databases, such as Scielo and Google Scholar, aiming to identify regional studies related to this subject, published in journal not indexed in PubMed. Only papers published from 2012 on were included. Studies on CKD costs and treatment modalities were prioritized. The search resulted in 392 articles, from which 291 were excluded because they were related to other aspects of CKD. From the 101 remaining articles, we have excluded the reviews, comments and study protocols. A total of 37 articles were included, all focusing on global costs related to CKD. RESULTS: Despite methods and analysis were diverse, the results of these studies were unanimous in alerting for the impact (financial and social) of CKD on health systems (public and private) and also on family and society. CONCLUSIONS: To massively invest in prevention and measures to slow CKD progression into its end-stages and, then, avoid the requirement for dialysis and transplant, can represent a huge, and not yet calculated, economy for patients and health systems all over the world.

Singh, D. (2008). Comment mettre en oeuvre des programmes de prise en charge des maladies chroniques en tenant compte de la diversité des contextes et des prestataires de soins ? Copenhague, Organisation mondiale de la santé. (O.M.S.) Bureau régional de l'Europe/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé: 25p.

Avec les progrès de la médecine, les changements des modes de vie et l'évolution démographique, plus nombreux sont ceux qui vivent plus longtemps, souvent avec des maladies chroniques qui ne peuvent actuellement être guéries. Il faut se réjouir des progrès en matière de soins qui permettent d'augmenter la longévité, mais les systèmes de santé ne peuvent faire face à l'incidence et au coût croissants des maladies chroniques. Dans les pays à revenus faible, intermédiaire et élevé, 50 à 80% du budget de santé est consacré à ces maladies. Si l'on n'agit pas, ce pourcentage continuera d'augmenter - les facteurs de risque comme l'usage de tabac, la mauvaise alimentation et le manque d'exercice physique demeurent très répandus. Les maladies chroniques sont à l'origine de 86% des décès dans les 53 États membres de la Région européenne de l'OMS. Les pays ont mis en place des interventions pour réduire leur impact social, sanitaire et financier. Toutefois, lorsqu'elles sont menées isolément, ces interventions risquent de n'avoir qu'un effet limité à long terme, en raison notamment de la nécessité de s'attaquer aux inégalités en santé et des problèmes que pose la transposition des initiatives dans les divers contextes de la Région. La prise en charge des maladies chroniques est une approche systématique visant à coordonner les interventions en soins de santé et les communications au niveau individuel, organisationnel, régional ou national. Les données factuelles montrent que des approches coordonnées sont plus efficaces que des interventions isolées ou non coordonnées, mais il est difficile de dire quelles sont les meilleures stratégies pour coordonner les interventions entre différents prestataires, régions et systèmes financiers.

Singh, D. (2008). How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Policy brief : Health systems and policy analysis. Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe: 30 , tabl., fig., ann.

http://www.euro.who.int/document/hsm/6_hsc08_ePB_9.pdf

S'appuyant sur une synthèse descriptive des travaux de recherche, et considérant les solutions et services qui ont été mis à l'essai dans différents contextes, la présente synthèse résume les principales conclusions concernant la manière dont les programmes de prise en charge des maladies chroniques peuvent être mis en œuvre dans différents contextes, organisations et arrangements de financement. La mise en relief des composantes des stratégies de lutte contre les maladies chroniques qui donnent les meilleurs résultats vise à résumer les principaux points de manière que les décideurs puissent examiner dans quelle mesure ces facteurs entrent en jeu dans leur pays ou s'ils pourraient être pris en compte et comment.

Soini, E. J., Davies, G., Martikainen, J. A., et al. (2010). "Population-based health-economic evaluation of the secondary prevention of coronary heart disease in Finland." Curr Med Res Opin **26**(1): 25-36.

OBJECTIVE: To evaluate the cost-effectiveness of generic atorvastatin 20 mg (A20), branded rosuvastatin 10 mg (R10), generic simvastatin 40 mg (S40) and the combination of generic S40 + branded ezetimibe 10 mg (S40 + EZ10) for the secondary prevention of coronary heart disease (CHD) in Finnish patients not meeting the target goal of low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) with S40. RESEARCH DESIGN AND METHODS: A probabilistic Markov model was employed to evaluate the costs and health outcomes of the different therapies based on the cardiovascular events avoided. The model included Framingham risk equations, Finnish population characteristics, event rates, quality of life estimates, resource use and unit costs. The LDL-C lowering efficacies were gathered from a systematic literature review, based on a search of Medline carried out in June 2008 (no time limit). MAIN OUTCOME MEASURES: Incremental cost per quality-adjusted life year (QALY) gained and incremental cost per life year gained (LYG). RESULTS: The efficacy (LDL-C decrease) gained from switching S40 to S40 + EZ10 was consistent in the literature review, whereas the LDL-C decrease gained from switching S40 to A20/R10 was uncertain. The incremental cost per QALY gained from switching generic S40 was lowest for S40 + EZ10 (22,841 euros [24,017 euros] and 26,595 euros

[46,686 euros] for diabetic and non-diabetic men [women], respectively). The respective incremental cost per QALY gained for S40 + EZ10 vs. A20 were 19,738 euros (21,405 euros) and 23,596 euros (40,087 euros). A20 dominated R10. Based on the cost-effectiveness acceptability frontier with a willingness-to-pay value of 30,000 euros per QALY gained, the probability of cost-effectiveness for switching generic S40 to S40 + EZ10 was 100% for men and diabetic women. Sensitivity analyses showed that results were robust. CONCLUSIONS: In the Finnish secondary prevention population that is not at goal on S40, switching generic S40 to S40 + EZ10 is more cost-effective than switching S40 to generic A20 or R10.

Stegbauer, C., Falivena, C., Moreno, A., et al. (2020). "Costs and its drivers for diabetes mellitus type 2 patients in France and Germany: a systematic review of economic studies." *BMC Health Services Research* **20**(1): 1043.

BACKGROUND: Type 2 diabetes represents an increasingly critical challenge for health policy worldwide. It absorbs massive resources from both patients and national economies to sustain direct costs of the treatment of type 2 diabetes and its complications and indirect costs related to work loss and wages. More recently, there are innovations based on remote control and personalised programs that promise a more cost-effective diabetes management while reducing diabetes-related complications. In such a context, this work attempts to update cost analysis reviews on type 2 diabetes, focusing on France and Germany, in order to explore most significant cost drivers and cost-saving opportunities through innovations in diabetes care. Although both countries approach care delivery differently, France and Germany represent the primary European markets for diabetes technologies. METHODS: A systematic review of the literature listed in MEDLINE, Embase and EconLit has been carried out. It covered interventional, observational and modelling studies on expenditures for type 2 diabetes management in France or Germany published since 2012. Included articles were analysed for annual direct, associated and indirect costs of type 2 diabetes patients. An appraisal of study quality was performed. Results were summarised narratively. RESULTS: From 1260 records, the final sample was composed of 24 papers selected according to predefined inclusion/exclusion criteria. Both France and Germany revealed a predominant focus on direct costs. Comparability was limited due to different study populations and cost categories used. Indirect costs were only available in Germany. According to prior literature, reported cost drivers are hospitalisation, prescriptions, higher HbA1c and BMI, treatment with insulin and complications, all indicators of disease severity. The diversity of available data and included costs limits the results and may explain the differences found. CONCLUSIONS: Complication prevention and glycaemic control are widely recognized as the most effective ways to control diabetes treatment costs. The value propositions of self-based supports, such as hybrid closed-loop metabolic systems, already implemented in type 1 diabetes management, are the key points for further debates and policymaking, which should involve the perspectives of caregivers, patients and payers.

Stevanovic, J., O'Prinsen, A. C., Verheggen, B. G., et al. (2014). "Economic evaluation of primary prevention of cardiovascular diseases in mild hypertension: a scenario analysis for the Netherlands." *Clin Ther* **36**(3): 368-384.e365.

BACKGROUND: In the Netherlands, antihypertensive treatment for patients with mild hypertension is recommended if the 10-year cardiovascular disease (CVD) risk exceeds 20%. Recent evidence suggests that lifelong CVD risk estimates might be more informative than 10-year ones. In addition, the cost of antihypertensive treatment in the Netherlands has decreased during the last decade. OBJECTIVE: The aim of this study is to estimate the cost-effectiveness of lowering systolic blood pressure (SBP) in patients ineligible for treatment in both a 10-year and a lifetime horizon. METHODS: A Markov model was developed to assess the cost-effectiveness of SBP reduction compared with no reduction in patients with mild hypertension and low CVD risk. Modified SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) risk estimates were used to predict fatal and nonfatal CVD events. We analyzed scenarios for different age groups, sexes, and SBP reductions. Specifically, SBP reductions due to hydrochlorothiazide (HCT) 25 mg and hypothetical reductions with HCT 12.5 mg-losartan 50 mg combination were assumed. Parameter uncertainty was assessed through a probabilistic sensitivity analysis. RESULTS: In a 10-year horizon, in scenarios of SBP reduction with HCT 25 mg, the incremental

cost-effectiveness ratio (ICER) estimates for men varied across different ages in the range of euro6032 to euro58,217 per life-year gained, whereas for women ICER estimates were in the range of euro12,345 to euro361,064 per life-year gained. In a lifetime horizon, the cost-effectiveness estimates were favorable for both sexes. In scenarios of hypothetical SBP reductions, more favorable ICER estimates compared with no reduction were found. A large uncertainty around the cost-effectiveness estimates was observed among all scenarios. CONCLUSION: Larger SBP reductions were found to be cost-effective in both a 10-year and lifetime horizon. These findings might call for more aggressive SBP reductions in patients with mild hypertension. However, a high level of uncertainty surrounds these cost-effectiveness estimates because they are based on CVD risk prediction modeling.

Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach ? Copenhagen, WHO. Regional Office for Europe: 26p.

Position du problème. La promotion de la santé à l'école, qui repose sur une base considérable de recherches et de pratiques, a évolué au cours des cinquante dernières années, de même que la promotion de la santé dans d'autres lieux. Au cours des années 90, l'OMS, avec le concours de la Commission européenne et du Conseil de l'Europe, a lancé l'initiative des Écoles-santé. Celle-ci repose sur une démarche multifactorielle qui a recours au transfert de connaissances et de compétences sanitaires en classe, à la modification de l'environnement social et physique de l'école, et à la création de liens avec l'ensemble de la collectivité. La synthèse résumée ici vise à déterminer l'efficacité de la promotion de la santé à l'école et, en particulier, l'efficacité de la démarche reposant sur les Écoles-santé. Cette synthèse complète la dernière étude d'ensemble menée dans ce domaine, qui a été publiée en 1997. Constatations. Les auteurs de la synthèse ont trouvé des revues de la littérature systématiques et de bonne qualité qui portaient sur la santé mentale, le comportement agressif, l'hygiène alimentaire, l'activité physique, la consommation et l'abus de substances psychotropes, la formation des conducteurs et les démarches reposant sur les pairs. Il ressort de l'examen des programmes qui ont assuré la promotion de la santé mentale dans les écoles (y compris la prévention de la violence et de l'agressivité) que ces programmes figurent parmi les plus efficaces en matière de promotion de la santé. Les plus performants d'entre eux avaient une longue durée et une forte intensité, et faisaient participer l'ensemble de l'école. De nouvelles revues de la littérature, qui ont porté sur l'hygiène alimentaire et l'activité physique, ont confirmé une revue précédente, qui montrait que des interventions multifactorielles, en particulier celles qui modifiaient l'environnement scolaire, étaient efficaces. Quatre nouveaux examens de programmes axés sur la prévention de la consommation de substances psychotropes ont confirmé les conclusions antérieures selon lesquelles ces programmes étaient relativement inefficaces. Par ailleurs, les programmes de prévention du suicide réduisaient les risques de suicide, la dépression, le stress et la colère, mais des études moins rigoureuses semblaient indiquer qu'ils pouvaient être nocifs pour les élèves de sexe masculin. Certaines études (mais pas toutes) ont montré que les actions de promotion de la santé via les pairs étaient plus efficaces que les interventions dirigées par les enseignants, et étaient très appréciées par les jeunes participants. Cette évaluation systématique de la littérature, qui a porté sur les résultats, au niveau de l'état de santé, de programmes qui avaient recours à des éléments de la démarche des Écoles-santé, a eu notamment pour objet de petites études de qualité variable. Elle a mis en évidence des effets bénéfiques apparents en matière d'environnement social et physique de l'école, et certaines études ont conclu que les programmes favorisaient un comportement de santé (apports alimentaires et bonne forme physique). Aucune revue de la littérature n'a évalué le rapport coût-efficacité des programmes ou des interventions. Considérations concernant la politique à mener. La promotion de la santé à l'école peut améliorer la santé et le bien-être des enfants. Parmi les programmes les plus efficaces figurent ceux qui assurent la promotion de la santé mentale, d'une bonne hygiène alimentaire et de l'activité physique. Il n'est pas apparu que les programmes de prévention de l'abus de substances psychotropes étaient efficaces ; il se peut qu'il soit préférable de faire face à ce problème par le recours à des programmes d'ensemble qui assurent la promotion de la santé mentale. Les programmes de prévention du suicide peuvent réduire les risques de suicide, mais il faut tenir compte de leurs effets nocifs potentiels parmi les élèves de sexe masculin. Bien que les programmes reposant sur une action de promotion de la santé axée sur les pairs soient très appréciés

par les jeunes, leur efficacité est variable. Certaines bases factuelles montrent l'utilité d'éléments essentiels du programme des Écoles-santé, c'est-à-dire que les programmes doivent être durables, multifactoriels et axés sur des démarches impliquant l'ensemble de l'école et prévoyant une formation appropriée. Cependant, on manque de données factuelles sur tous les éléments qui contribuent à l'efficacité d'un programme de promotion de la santé ou de la démarche qui se trouve à la base des Écoles-santé. Il est nécessaire de procéder à une évaluation d'ensemble des programmes dans des cadres locaux. Type de bases factuelles. Cette revue de la littérature repose sur des examens systématiques de bonne qualité d'essais contrôlés portant sur des initiatives de promotion de la santé à l'école. Les services de santé à l'école et les programmes de dépistage n'ont pas été pris en compte. (Résumé diffusé sur le site HEN).

Strilciuc, S., Grad, D. A., Radu, C., et al. (2021). "The economic burden of stroke: a systematic review of cost of illness studies." *J Med Life* **14**(5): 606-619.

Stroke is one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide. As the number of stroke cases is rising from one year to another, policymakers require data on the amount spent on stroke to enforce better financing policies for prevention, hospital care, outpatient rehabilitation services and social services. We aimed to systematically assess the economic burden of stroke at global level. Cost of stroke studies were retrieved from five databases. We retrieved the average cost per patient, where specified, or estimated it using a top-down approach. Resulting costs were grouped in two main categories: per patient per year and per patient lifetime. We extracted information from forty-six cost of illness studies. Per patient per year costs are larger in high income countries and in studies conducted from the payer perspective. The highest average per patient per year cost by country was reported in the United States (\$59,900), followed by Sweden (\$52,725) and Spain (\$41,950). The highest per patient lifetime costs were reported in Australia (\$232,100) for all identified definitions of stroke. Existing literature regarding the economic burden of stroke is concentrated in high-income settings, with very few studies conducted in South America and Africa. Published manuscripts on this topic highlight substantial methodological heterogeneity, rendering comparisons difficult or impossible, even within the same country or among studies with similar costing perspectives.

Szumilas, M. et Kutcher, S. (2011). "Post-suicide Intervention Programs : A Systematic Review." *REVUE CANADIENNE DE SANTE PUBLIQUE : CANADIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH* **102**(1): 18-29.

Objectifs : Cette étude visait à : 1) déterminer l'efficacité des programmes de "postvention" du suicide sur les tentatives de suicide et sur le suicide ainsi que sur les symptômes de tristesse, la détresse mentale et la santé mentale en général ; et 2) examiner leur rapport coût-efficacité. Méthode : En septembre 2009, nous avons interrogé des bases de données informatisées (PubMed, PsycINFO, Cinahl, base de données Cochrane, Crisis, Suicide and Life-Threatening Behavior) pour trouver des évaluations de programmes de prévention du suicide, et en février 2010, nous avons fait d'autres recherches (dans la base de données du Centre for Reviews and Dissemination, la base de données des examens systématiques du groupe Cochrane, PubMed, PsycINFO et Cinahl) pour trouver des analyses coût-efficacité de programmes de deuil. Nous avons aussi cherché manuellement des revues de la littérature et des articles pertinents. Ont été incluses dans notre analyse les publications qui décrivaient l'évaluation ou l'analyse coût-efficacité d'un programme de postvention du suicide, qui fournissaient des données et qui avaient été publiées dans des revues de langue anglaise avec comité de lecture. Nous n'avons pas tenu compte de leur date de publication. Nous avons exclu les examens systématiques descriptifs, les thèses de doctorat et les études qui décrivaient un programme de postvention sans en faire l'évaluation. N'ayant trouvé que très peu d'analyses coût-efficacité, nous avons aussi inclus les articles décrivant les "coûts" des programmes de deuil. Nous avons évalué la qualité de ces études à l'aide de la hiérarchie des preuves du CEBM (Centre for Evidence-Based Medicine), et l'efficacité des programmes à l'aide du cadre d'analyse "What Works Repository" de l'OJP (Office of Justice Programs). Résultats : Sur les 49 études de programmes de postvention du suicide récupérées, 16 répondaient à nos critères d'inclusion pour l'évaluation de la qualité et des preuves d'efficacité. Nous avons défini trois populations cibles pour les programmes de postvention : l'école, la famille et la communauté. D'après les études disponibles, les programmes de postvention

n'ont aucun effet protecteur sur le nombre de décès par suicide ou de tentatives de suicide, et les programmes de postvention en milieu scolaire ont peu d'effets positifs. Une étude fait même état des effets néfastes d'une initiative de postvention du suicide. La formation sentinelle, comme mesure de postvention proactive, est efficace pour accroître les connaissances sur l'intervention de crise parmi le personnel enseignant. L'accompagnement de proximité sur les lieux du suicide est utile pour inciter les survivants à participer à un groupe d'entraide dans un centre d'écoute et à trouver de l'aide pour composer avec leur perte. Le contact avec un service de counseling postvention aide en général à atténuer la détresse psychologique de la famille du défunt (conjoint, parents, enfants) dans l'immédiat. Nous n'avons trouvé aucune analyse statistique de programmes communautaires de postvention du suicide ; cependant, les organismes de santé mentale de nombreux pays ont adopté les lignes directrices des médias pour parler des suicides et des tentatives de suicide. Nous n'avons trouvé aucune analyse du rapport coût-efficacité de programmes de postvention du suicide. Conclusion : Nous présentons des recommandations pour encadrer la démarche des responsables des politiques, des administrateurs et des cliniciens, et nous proposons des pistes de recherche.

Taylor, M., Leonardi-Bee, J., Agboola, S., et al. (2011). "Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation." *Addiction* **106**(10): 1819-1826.

AIMS: To determine the incremental cost effectiveness of nicotine replacement therapy (NRT), bupropion and varenicline for preventing relapse to smoking when used by abstinent smokers DESIGN SETTING AND PARTICIPANTS: Cohort simulation and sensitivity analyses combining cost and health service data with systematic review estimates for the effectiveness of NRT, bupropion and varenicline when used by abstinent quitters to prevent their relapse to smoking. MEASUREMENTS: Incremental health gain in Quality Adjusted Life Years (QALYs) generated by each drug compared to 'no intervention'. FINDINGS: Bupropion resulted in an incremental QALY increase of 0.07 with a concurrent cost saving of pound68; NRT and varenicline both caused incremental QALYs increases of 0.04 at costs of pound12 and pound90 respectively, although varenicline findings were based on data from a single clinical trial and require cautious interpretation. Even after extensive sensitivity analyses with substantial varying of key model parameters, cost effectiveness of all drugs remained. Cost effectiveness ratios only exceeded the UK National Institute of Clinical Excellence (NICE) benchmark of pound20 000 per QALY when drug treatment effects were postulated to last for no longer than 1 year; or, for NRT and varenicline, efficacy was reduced to 10% of that observed in clinical trials. CONCLUSIONS: Bupropion, nicotine replacement therapy and varenicline appear cost effective at preventing relapse to smoking by smokers who are in quit attempts and have recently become abstinent; they have comparable cost effectiveness to smoking cessation interventions. Widespread use of these effective relapse prevention treatments could promote substantial health gain at an acceptable cost to health providers.

Tompa, E., Culyer, A. J. et Dolinschi, R. (2008). Economic evaluation of interventions for occupational health and safety. Oxford, Oxford University Press

Undertaking economic evaluations of workplace-based occupational health and safety interventions can be difficult, reflected by the significant lack of literature, evidence and guidance on the subject. Particular difficulties include : complex labour legislation ; differences in the perception of health risks associated with work experiences amongst workplace parties and policy makers ; the burden of costs and consequences being borne by different stakeholders in the system ; conflicting incentives and priorities between the multiple stakeholders ; lack of consensus about what ought to count as a benefit or cost of intervening or not intervening ; multiple providers of indemnity and medical care coverage ; and industry-specific human resources practices making it difficult to identify all work-related illnesses and injuries. In addition, most health economics methods books are designed for use in a clinical setting, which cannot be adapted for the workplace setting. In the face of such barriers, it is not surprising that few studies of occupational health and safety interventions contain an economic evaluation. This book aims to lay the foundations for a systematic methodology of economic evaluation of workplace interventions, by identifying the main barriers to research of high quality and practical relevance, and proposing a research strategy to remedy these weaknesses. Context chapters

provide a wealth of background material ranging from a presentation of the broad conceptualization of work and health, to suggestions for strategies in confronting the dearth of data often experienced by occupational health and safety researchers. They take into account the varying institutional and regulatory approaches in different international jurisdictions. Specific topic chapters delve into the principles and application of economic evaluation methods relevant to this setting : study design, type of analysis, costs, consequences, uncertainty, and equity are all covered, providing guidance on analytical and decision making challenges. The concluding chapter synthesizes the summaries, conclusions, challenges and recommendations from across the book, presenting these in a reference case (résumé de l'éditeur).

Tran, H., Saleem, K., Lim, M., et al. (2021). "Global estimates for the lifetime cost of managing HIV." *Aids* **35**(8): 1273-1281.

OBJECTIVE: There are an estimated 38 million people with HIV (PWH), with significant economic consequences. We aimed to collate global lifetime costs for managing HIV. **DESIGN:** We conducted a systematic review (PROSPERO: CRD42020184490) using five databases from 1999 to 2019. **METHODS:** Studies were included if they reported primary data on lifetime costs for PWH. Two reviewers independently assessed the titles and abstracts, and data were extracted from full texts: lifetime cost, year of currency, country of currency, discount rate, time horizon, perspective, method used to estimate cost and cost items included. Descriptive statistics were used to summarize the discounted lifetime costs [2019 United States dollars (USD)]. **RESULTS:** Of the 505 studies found, 260 full texts were examined and 75 included. Fifty (67%) studies were from high-income, 22 (29%) from middle-income and three (4%) from low-income countries. Of the 65 studies, which reported study perspective, 45 (69%) were healthcare provider and the remainder were societal. The median lifetime costs for managing HIV differed according to: country income level: \$5221 [interquartile range (IQR): 2978-11 177] for low-income to \$377 820 (IQR: 260 176-541 430) for high-income; study perspective: \$189 230 (IQR: 14 794-424 069) for healthcare provider, to \$508 804 (IQR: 174 781-812 418) for societal; and decision model: \$190 255 (IQR: 13 588-429 772) for Markov cohort, to \$283 905 (IQR: 10558-453 779) for microsimulation models. **CONCLUSION:** Estimating the lifetime costs of managing HIV is useful for budgetary planning and to ensure HIV management is affordable for all. Furthermore, HIV prevention strategies need to be strengthened to avert these high costs of managing HIV.

Tscheulin, D. K. et Dreves, F. (2010). "The relevance of unrelated costs internal and external to the healthcare sector to the outcome of a cost-comparison analysis of secondary prevention : the case of general colorectal cancer screening in the German population." *THE EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS* **11**(2): 141-150.

The potential of secondary prevention measures, such as cancer screening, to produce cost savings in the healthcare sector is a controversial issue in healthcare economics. Potential savings are calculated by comparing treatment costs with the cost of a prevention program. When survivors' subsequent unrelated health care costs are included in the calculation, however, the overall cost of disease prevention rises. What have not been studied to date are the secondary effects of fatal disease prevention measures on social security systems. From the perspective of a policy maker responsible for a social security system budget, it is not only future healthcare costs that are relevant for budgeting, but also changes in the contributions to, and expenditures from, statutory pension insurance and health insurance systems. An examination of the effect of longer life expectancies on these insurance systems can be justified by the fact that European social security systems are regulated by the state, and there is no clear separation between the financing of individual insurance systems due to cross-subsidisation. This paper looks at how the results of cost-comparison analyses vary depending on the inclusion or exclusion of future healthcare and non-healthcare costs, using the example of colorectal cancer screening in the German general population. In contrast to previous studies, not only are future unrelated medical costs considered, but also the effects on the social security system. If a German colorectal cancer screening program were implemented, and unrelated future medical care were excluded from the cost-benefit analysis, savings of up to - 548 million per year would be expected. The screening program would, at the same time, generate costs in the

healthcare sector as well as in the social security system of - 2,037 million per year. Because the amount of future contributions and expenditures in the social security system depends on the age and gender of the recipients of the screening program (i.e. survivors of a typically fatal condition), the impact of age and gender on the results of a cost-comparison analysis of colorectal cancer screening are presented and discussed. Our study shows that colorectal cancer screening generates individual cost savings in the social security system up to a life expectancy of 60 years. Beyond that age, the balance between a recipient's social security contributions and insurance system expenditure is negative. The paper clarifies the relevance of healthcare costs not related to the prevented disease to the economic evaluation of prevention programs, particularly in the case of fatal diseases such as colorectal cancer. The results of the study imply that, from an economic perspective, the participation of at-risk individuals in disease prevention programs should be promoted.

van der Pol, S., Postma, M. J. et Jansen, D. (2020). "School health in Europe: a review of workforce expenditure across five countries." *BMC Health Serv Res* **20**(1): 206.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7068946/pdf/12913_2020_Article_5077.pdf

BACKGROUND: Most European countries have implemented a form of school health services (SHS) to provide young children and adolescents with various types of healthcare. No estimations on SHS expenditure for European countries have been published until now. We estimated SHS workforce expenditure in Europe, expected to serve as the main driver of school healthcare costs. **METHODS:** Using two networks of experts on healthcare provision for children we contacted various country representatives to provide data on the number of professionals working in SHS and salaries. These data were used, together with publicly available data, to estimate annual SHS workforce expenditure on the national level. **RESULTS:** We received sufficient data for five European countries, and estimated the SHS workforce expenditure. Nurses were the most widely reported professionals working in this field, followed by doctors and psychologists. Our SHS expenditure estimations ranged from €43,000 for Estonia to €195,300 in Norway (per 1000 pupils). For Norway, Estonia, Finland and Iceland, school nurses were the main drivers of SHS expenditure, mainly due to their large numbers, while in Austria, school doctors played the largest role in SHS expenditure. **CONCLUSIONS:** We estimated the spending on SHS workforce for five European countries, which comprises relatively minor parts of total healthcare spending (0.16 to 0.69%). Many questions regarding SHS spending in Europe remain, due to a general lack of data on national levels.

Willenbring, M. L. (2013). "Gaps in clinical prevention and treatment for alcohol use disorders: costs, consequences, and strategies." *Alcohol Res* **35**(2): 238-243.

Heavy drinking causes significant morbidity, premature mortality, and other social and economic burdens on society, prompting numerous prevention and treatment efforts to avoid or ameliorate the prevalence of heavy drinking and its consequences. However, the impact on public health of current selective (i.e., clinical) prevention and treatment strategies is unclear. Screening and brief counseling for at-risk drinkers in ambulatory primary care has the strongest evidence for efficacy, and some evidence indicates this approach is cost-effective and reduces excess morbidity and dysfunction. Widespread implementation of screening and brief counseling of nondependent heavy drinkers outside of the medical context has the potential to have a large public health impact. For people with functional dependence, no appropriate treatment and prevention approaches currently exist, although such strategies might be able to prevent or reduce the morbidity and other harmful consequences associated with the condition before its eventual natural resolution. For people with alcohol use disorders, particularly severe and recurrent dependence, treatment studies have shown improvement in the short term. However, there is no compelling evidence that treatment of alcohol use disorders has resulted in reductions in overall disease burden. More research is needed on ways to address functional alcohol dependence as well as severe and recurrent alcohol dependence.

Xiaohui, Z., Ping, Z., Barker, L., et al. (2014). "The Lifetime Cost of Diabetes and Its Implications for Diabetes Prevention." *DIABETES CARE* **37**(9): 2557-2564.

OBJECTIVE To assess the cost implications of diabetes prevention, it is important to know the lifetime medical cost of people with diabetes relative to those without. We derived such estimates using data representative of the U.S. national population. **RESEARCH DESIGN AND METHODS** We aggregated annual medical expenditures from the age of diabetes diagnosis to death to determine lifetime medical expenditure. Annual medical expenditures were estimated by sex, age at diagnosis, and diabetes duration using data from 2006-2009 Medical Expenditure Panel Surveys, which were linked to data from 2005-2008 National Health Interview Surveys. We combined survival data from published studies with the estimated annual expenditures to calculate lifetime spending. We then compared lifetime spending for people with diabetes with that for those without diabetes. Future spending was discounted at 3% annually. **RESULTS** The discounted excess lifetime medical spending for people with diabetes was \$124,600 (\$211,400 if not discounted), \$91,200 (\$135,600), \$53,800 (\$70,200), and \$35,900 (\$43,900) when diagnosed with diabetes at ages 40,50,60, and 65 years, respectively. Younger age at diagnosis and female sex were associated with higher levels of lifetime excess medical spending attributed to diabetes. **CONCLUSIONS** Having diabetes is associated with substantially higher lifetime medical expenditures despite being associated with reduced life expectancy. If prevention costs can be kept sufficiently low, diabetes prevention may lead to a reduction in long-term medical costs.

Zechmeister, I., Kilian, R. et McDaid, D. (2008). "Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations." *BMC Public Health* **8**: 20.

BACKGROUND: While evidence on the cost of mental illness is growing, little is known about the cost-effectiveness of programmes in the areas of mental health promotion (MHP) and mental disorder prevention (MDP). The paper aims at identifying and assessing economic evaluations in both these areas to support evidence based prioritisation of resource allocation. **METHODS:** A systematic review of health and non health related bibliographic databases, complemented by a hand search of key journals and analysis of grey literature has been carried out. Study characteristics and results were qualitatively summarised. Economic evaluations of programmes that address mental health outcome parameters directly, those that address relevant risk factors of mental illness, as well as suicide prevention interventions were included, while evaluations of drug therapies were excluded. **RESULTS:** 14 studies fulfilled the inclusion criteria. They varied in terms of topic addressed, intervention used and study quality. Robust evidence on cost-effectiveness is still limited to a very small number of interventions with restricted scope for generalisability and transferability. The most favourable results are related to early childhood development programmes. **CONCLUSION:** Prioritisation between MHP and MDP interventions requires more country and population-specific economic evaluations. There is also scope to retrospectively add economic analyses to existing effectiveness studies. The nature of promotion and prevention suggests that innovative approaches to economic evaluation that augment this with information on the challenges of implementation and uptake of interventions need further development.

Zhou, X. et Siegel, K. R. (2020). "Cost-effectiveness of Diabetes Prevention Interventions Targeting High-risk Individuals and Whole Populations: A Systematic Review." *DIABETES CARE* **43**(7): 1593-1616.

OBJECTIVE: We conducted a systematic review of studies evaluating the cost-effectiveness (CE) of interventions to prevent type 2 diabetes (T2D) among high-risk individuals and whole populations. **RESEARCH DESIGN AND METHODS:** Interventions targeting high-risk individuals are those that identify people at high risk of developing T2D and then treat them with either lifestyle or metformin interventions. Population-based prevention strategies are those that focus on the whole population regardless of the level of risk, creating public health impact through policy implementation, campaigns, and other environmental strategies. We systematically searched seven electronic databases for studies published in English between 2008 and 2017. We grouped lifestyle interventions targeting high-risk individuals by delivery method and personnel type. We used the median incremental cost-effectiveness ratio (ICER), measured in cost per quality-adjusted life year (QALY) or cost saved to measure the CE of interventions. We used the \$50,000/QALY threshold to determine whether an intervention was cost-effective or not. ICERs are reported in 2017 U.S. dollars. **RESULTS:**

Our review included 39 studies: 28 on interventions targeting high-risk individuals and 11 targeting whole populations. Both lifestyle and metformin interventions in high-risk individuals were cost-effective from a health care system or a societal perspective, with median ICERs of \$12,510/QALY and \$17,089/QALY, respectively, compared with no intervention. Among lifestyle interventions, those that followed a Diabetes Prevention Program (DPP) curriculum had a median ICER of \$6,212/QALY, while those that did not follow a DPP curriculum had a median ICER of \$13,228/QALY. Compared with lifestyle interventions delivered one-on-one or by a health professional, those offered in a group setting or provided by a combination of health professionals and lay health workers had lower ICERs. Among population-based interventions, taxing sugar-sweetened beverages was cost-saving from both the health care system and governmental perspectives. Evaluations of other population-based interventions-including fruit and vegetable subsidies, community-based education programs, and modifications to the built environment-showed inconsistent results. CONCLUSIONS: Most of the T2D prevention interventions included in our review were found to be either cost-effective or cost-saving. Our findings may help decision makers set priorities and allocate resources for T2D prevention in real-world settings.

Pour poursuivre la recherche

PANORAMA D'ENSEMBLE

Health in transition

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/health-systems-reviews>

Comptes de la santé – Méthode

<https://www.oecd.org/els/health-systems/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>

Health countries profiles

<https://www.oecd.org/health/country-health-profiles-eu.htm>

Health countries profiles France

<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/8c733d09-fr.pdf?expires=1668002193&id=id&accname=guest&checksum=BB37E0872A4181B834F00625B3714656>

Health at a glance Europe 2022

<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>

DOSSIERS DOCUMENTAIRES

Affeltranger, B. (2018). La prévention, miroir de la société. Paris : SFSP

<https://www.sfsp.fr/content-page/item/3095-prevention#avis-rapports>

Cambon, M. et Martin, H. (2022). Dynamiques territoriales de santé (ASV, CLS, CLSM) et exercice coordonné (CPTS, MSP, CdS) : Bibliographie commentée, Toulouse : Ireps

https://www.ireps-occitanie.fr/wp-content/uploads/2022/10/BIB_DTS_Exercicecoordo_202209_VF.pdf

Il y a une vingtaine d'années émergeaient les premières dynamiques territoriales de santé (DTS) portées par des collectivités : les Ateliers santé ville (ASV), les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) puis, à partir de 2010, les Contrats locaux de santé (CLS). Ces trois dynamiques se déploient sur l'ensemble du territoire avec le même objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) et la mise en place de parcours de santé plus cohérents tenant compte des réalités locales. L'accès aux soins y occupe une place majeure depuis de nombreuses années. Cette bibliographie a pour objectif de rassembler les principales sources sur ces problématiques.

Defaut, M. et Vassieux, L. (2022). Soins primaires, promotion de la santé et prévention : développer des approches populationnelles. Bibliographie. 19ème Université d'été francophone en santé publique Besançon, du 3 au 8 juillet 2022, Besançon : Iresp
https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/20220700_uete_moduleprim_md_lv_0.pdf

Cette bibliographie présente une sélection de références importantes dans la thématique du module PRIM "Soins primaires, promotion de la santé et prévention : développer des approches populationnelles". Ont été retenus des documents récents, voire très récents, accessibles en ligne et/ou consultables au Centre de documentation de l'Instance régionale en éducation et promotion de la santé Bourgogne Franche-Comté (ainsi que d'autres Iresp).

Iresp (2020). Continuité de l'éducation thérapeutique du patient et Covid-19. Sélection de ressources Mise à jour le 2 juillet 2020, Nantes : Iresp ; Nantes : ORS
https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=cmspage&pageid=4&id_article=270#.XwR9xigzZPZ

Cette sélection de ressources partage les récentes productions et innovations des acteurs de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour s'adapter au contexte post-épidémie de Covid-19. Elle propose des supports pour permettre la poursuite des démarches d'ETP à distance ou en présentiel, des exemples de programmes, d'ateliers ou de séances mis en place pendant l'épidémie, mais aussi des documents d'information et de prévention pour aborder avec les patients et leur entourage l'impact de l'épidémie sur la santé psychique et mentale, le déconfinement, l'importance des gestes barrières pour se protéger et protéger les autres.

Sizaret, A. (2019). Faire le tour de la promotion de la santé... en 180 minutes (ou presque), Besançon : IREPS

L'instauration d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, soins infirmiers et masseur-kinésithérapeute) s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé dont le premier axe est de mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé. Il vise à former tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention primaire par la participation à la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires. Intégré à la formation initiale des étudiants en santé, le service sanitaire est consacré à la préparation et à la réalisation d'actions de prévention primaire ; il comprend le temps de formation préparatoire à cette action, le travail personnel des étudiants, la réalisation de l'action, le retour d'expérience, l'évaluation de la formation et des actions réalisées. Ce dossier documentaire accompagne donc le dispositif du service sanitaire en Bourgogne - Franche-Comté. Proposer de faire le tour de la question de la promotion de la santé en 180 minutes est naturellement une gageure ! L'ambition de ce document est avant tout d'amorcer l'aventure en promotion de la santé. Dix-neuf concepts importants ont été choisis ; pour chacun d'eux sont mentionnées : • des définitions sourcées qui permettront aux lecteurs de s'approprier les grands repères de la promotion de la santé, et pour les plus motivés de plonger dans des textes fondateurs • une ressource documentaire sous forme d'infographie, d'article ou de schéma pour illustrer le concept • des références bibliographiques pour aller plus loin.

IDENTIFICATION D'AUTRES ETUDES DE COUT

D'autres études de coût peuvent être identifiées sur la Cochrane et les bases d'évaluation de York. Ce sont essentiellement des analyses coût bénéfice ou coût efficacité

Cochrane Library

Fondée en 1995 en Grande-Bretagne sous le nom de Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), elle a été renommée Cochrane Library et est constituée de plusieurs bases. Pubmed donne accès aux versions courtes des Cochrane Database Systematic Reviews (champ Journal ou TA, taper Cochrane database Sys Rev [ta]). Cette base met à la disposition des revues systématiques de la littérature, réactualisées

régulièrement. Ces revues sont réalisées par la Cochrane collaboration, réseau international de correspondants chargés d'analyser systématiquement les essais contrôlés randomisés de diverses spécialités médicales. Elle contient de nombreuses revues de la littérature sur les domaines aussi divers que la grossesse, la stérilité, la schizophrénie ou les atteintes cérébrales. On accède aux résumés des synthèses des groupes de travail de la Cochrane avec les objectifs, la stratégie de recherche, l'analyse de données et les conclusions des reviewers.

Bases d'évaluation de l'University of York

Ce site met à disposition trois bases de données d'evidence based medicine :

- Database of Abstracts of Review of Effectiveness (DARE) : fondée en 1994 par le Centre for Reviews and Dissemination.
- NHS Economic Evaluation Database (NHS EED) : fondée par les Departments of Health of England and Wales.
- Health Technology Assessment (HTA) Database : fondée par le Centre for Reviews and Dissemination. et l'Inhata.

Ces bases permettent d'accéder à des résumés d'aide à la décision médicale, à des analyses critiques de synthèses publiées dans la littérature médicale sur les thérapeutiques, les médicaments et les technologies médicales. Les caractéristiques des études sont fournies ainsi que les banques de données utilisées (Embase, Medline), le nombre d'études sélectionnées, les résultats de la synthèse, la conclusion des auteurs, les commentaires des reviewers.

IDENTIFIER LES INSTITUTIONS OU RESSOURCES EN PREVENTION :

Consulter les Liens utiles sur le web de l'irdes : [sites thématiques](#) aux rubriques « Epidémiologie – Santé publique » et « Prévention – Education de la santé ».