

En France, le taux de mortalité évitable après intervention du système de santé, grâce à la prévention primaire ou aux traitements, est parmi les plus faibles d'Europe avec 202 décès pour 100 000 habitants en 2020.

La France se situe à un niveau intermédiaire en Europe en termes de prévalence du tabagisme et de la consommation d'alcool. En revanche, l'obésité et le surpoids sont relativement moins fréquents en France, comparé à la moyenne des pays européens.

La France consacre 5,5 % de ses dépenses de santé à la prévention en 2021. Si ce niveau est supérieur à la moyenne des pays européens, des différences de définitions subsistent entre les pays. Enfin, la majorité des dépenses de prévention sont destinées à la prévention individuelle primaire, avec d'importantes variations selon les pays.

La France a un taux relativement faible de mortalité évitable

On distingue deux types de mortalité dite évitable : (1) par la prévention primaire, c'est-à-dire avant que les effets sur la santé ne se produisent et (2) par le traitement, grâce au dépistage des maladies à un stade précoce, *via* des soins de santé efficaces et prodigués à temps. La somme de ces deux taux constitue l'indicateur global de mortalité évitable (*encadré 1*).

Mortalité évitable grâce à la prévention primaire

En moyenne, dans les pays de l'Union européenne à 14 (UE-14) [*voir glossaire*], le taux de mortalité évitable grâce à la prévention primaire est de 147 décès pour 100 000 habitants en 2020 (*graphique 1*). Il est inférieur à 125 en Suède, à Malte et à Chypre (respectivement 123, 115 et 112 décès évitables pour 100 000 habitants). À l'inverse, les taux les plus élevés de décès prématurés sont observés en Roumanie (358 décès pour 100 000), en Hongrie (350 décès pour 100 000) et en Lituanie (340 décès pour 100 000), et tiennent pour l'essentiel à des taux nettement plus élevés de mortalité par cardiopathie ischémique, accidents et consommation d'alcool dans ces pays, ainsi qu'à une forte prévalence du cancer du poulmon en Hongrie (OCDE, 2021).

En France, en 2020, 143 décès sont évitables par la prévention primaire pour 100 000 habitants ; ce taux est légèrement inférieur à la moyenne des pays de l'UE-14, malgré une consommation d'alcool et de tabac supérieure à la moyenne européenne.

Mortalité évitable grâce aux traitements

En 2020, le taux de mortalité évitable grâce aux traitements est bien inférieur à celui de la mortalité évitable grâce à la prévention. Il s'établit en moyenne à 68 pour 100 000 habitants dans les pays de l'UE-14 et à 149 dans les pays ayant rejoint l'UE après 2004 (NM-13), [*voir glossaire*]. La France et les Pays-Bas présentent le plus faible taux de mortalité évitable par traitement (59 décès pour 100 000 habitants),

suivi du Luxembourg (60 décès pour 100 000 habitants). En France, les premières causes de mortalité évitable grâce à des traitements sont le cancer colorectal, la cardiopathie ischémique, le cancer du sein, les accidents vasculaires cérébraux et la pneumonie (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Trois pays présentent des niveaux de mortalité évitable grâce aux traitements supérieurs à 200 décès pour 100 000 habitants : la Roumanie, la Bulgarie et la Lituanie (avec respectivement 235, 213 et 200 décès pour 100 000 habitants).

Après une période de baisse, la crise sanitaire a entraîné une résurgence de la mortalité évitable

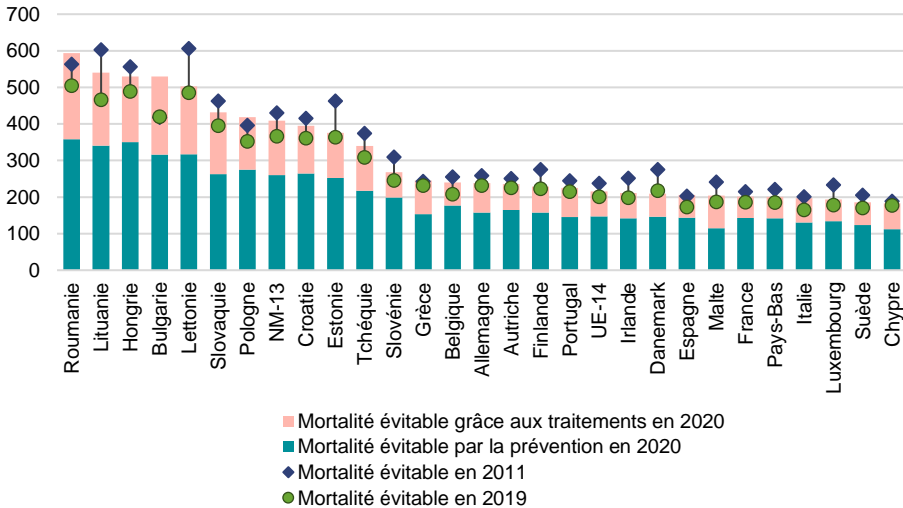
Au cours de la dernière décennie (2011-2019), la totalité des pays européens – à l'exception de la Bulgarie – ont enregistré une baisse significative de la mortalité évitable. Au cours de cette période, les baisses les plus importantes sont observées au Luxembourg (-23,7 %, de 233 à 178 décès évitables pour 100 000 habitants), en Lituanie (-22,6 %) et à Malte (-22,4 %), contre -13,5 % en France, -15,7 % en moyenne dans les pays de l'UE-14 et -15,0 % en moyenne dans les NM-13.

Par convention, l'OCDE et Eurostat considèrent l'ensemble des décès dus au Covid-19 comme des décès évitables par prévention. Cette convention induit nécessairement une augmentation de la mortalité évitable en 2020. Outre les décès directement dus au Covid-19 et qui auraient pu être évités grâce aux traitements et à des interventions plus rapides des pouvoirs publics, la pandémie a également perturbé les systèmes de santé, les soins préventifs et les soins curatifs.

À l'exception du Danemark, la mortalité évitable a augmenté en 2020 pour l'ensemble des pays étudiés : de +26,1 % en Bulgarie (de 505 décès évitables pour 100 000 habitants en 2019 à 593 en 2020) à +2,6 % en Finlande. En France, la mortalité évitable a augmenté de 8,6 % en 2020 ; cette hausse est proche de la moyenne des pays de l'UE-14 (+7,6 %)

Graphique 1 Mortalité évitable grâce aux traitements et à la prévention primaire, en 2020, 2019 et 2011

Pour 100 000 habitants



Lecture > En France, en 2020, 143 décès pour 100 000 habitants auraient pu être évités principalement par des interventions de santé publique et de prévention primaire, et 59 décès pour 100 000 habitants par des interventions en matière de soins de santé, pour un total de 202 décès évitables pour 100 000 habitants. En 2011 et en 2019, ce ratio s'élevait respectivement à 215 et à 186 décès évitables pour 100 000 habitants.

Source > Collecte de données sur les causes de décès d'Eurostat (calculs Eurostat).

Encadré 1 Définir la mortalité évitable par la prévention ou par le traitement

L'indicateur de mortalité évitable est calculé à partir de la collecte de données sur les causes de décès menée par Eurostat. L'OCDE produit un indicateur similaire basé sur le décompte des causes de décès issus de la base de données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les taux de mortalité évitable peuvent différer selon les deux organisations du fait d'écart de méthodologie dans les calculs, notamment sur la standardisation par l'âge (autrement dit la neutralisation des différences de structure d'âge entre les pays). La définition retenue dans cette fiche est celle d'Eurostat.

Au sein des décès enregistrés pour une année donnée, on considère par convention que certains pourraient être évités par traitement ou par prévention. La mortalité évitable par la prévention primaire correspond aux décès que des interventions de santé publique et de prévention primaire efficaces permettraient d'éviter (c'est-à-dire avant le déclenchement des maladies/traumatismes, pour en réduire l'incidence). La mortalité évitable par traitement correspond aux décès qui peuvent être évités par des soins de santé efficaces et prodigués à temps, y compris les interventions de prévention secondaire et de traitement (après le déclenchement des maladies, pour réduire le taux de létalité). Les décès dus au Covid-19 sont, à ce jour, parmi les décès évitables par prévention.

Dans la liste de l'OCDE et d'Eurostat (OCDE/Eurostat, 2022), les causes de décès qui peuvent être à la fois largement évitées et traitées ont été inscrites dans la catégorie des causes de mortalité évitable par prévention au motif que si ces maladies sont évitées grâce à la prévention, il n'y a plus lieu de les traiter. Dans les cas où il n'y a pas véritablement de données probantes attestant de la prédominance de l'une ou de l'autre de ces catégories, les causes sont réparties de manière égale entre les deux (c'est notamment le cas de la cardiopathie ischémique et des maladies cérébrovasculaires qui sont comptabilisées pour moitié dans la catégorie des causes de mortalité évitable grâce à la prévention, et pour l'autre moitié dans celle des causes de mortalité évitable grâce aux traitements), de manière à éviter la double comptabilisation de mêmes causes de décès. Ces deux indicateurs renvoient par ailleurs à une mortalité prématurée : au-delà de 74 ans, les décès ne sont donc pas retenus pour le calcul de cet indicateur.

Le tabagisme, l'alcoolisme et l'obésité sont des facteurs de risque majeurs pour les maladies non transmissibles

État des lieux de l'obésité et du surpoids en Europe

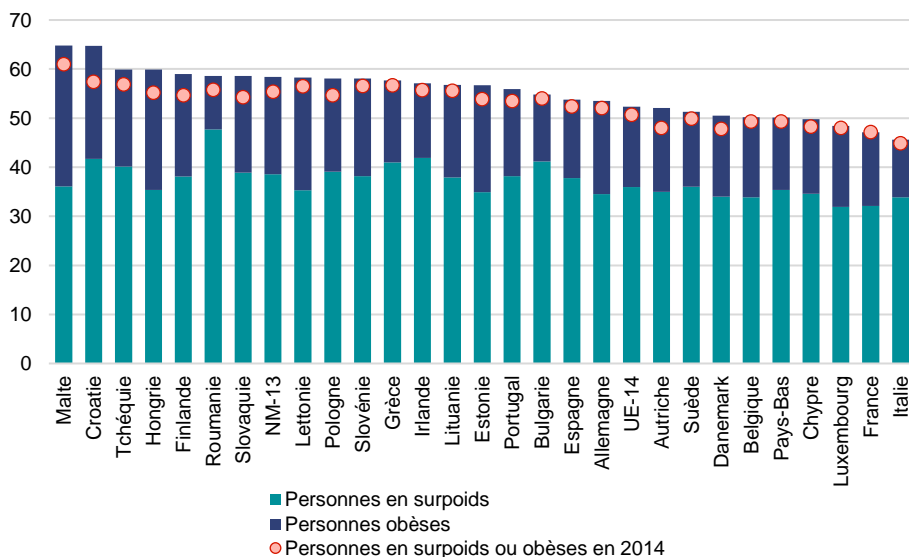
En 2019, 52,3 % de la population des pays de l'UE-14 et 58,4 % de la population des NM-13 est soit en surpoids, soit obèse¹ (avec respectivement 16,3 % et 19,8 % d'obèses) [graphique 2].

Les proportions les plus élevées de surcharge pondérale sont observées à Malte et en Croatie, où plus de 60 % des adultes sont obèses ou en surpoids. À l'inverse, les proportions les plus faibles sont observées en Italie (45,6 % dont 11,7 % d'obèses). En France, 47,1 % des adultes sont en surcharge pondérale (dont 15,0 % d'obèses et 32,1 % de personnes en surpoids) ; la France se situe donc parmi les pays où le surpoids est relativement faible.

Entre 2014 et 2019, l'obésité et le surpoids progressent dans tous les pays d'Europe (de 0,4 point de pourcentage [pp] au Luxembourg à 7,3 pp en Croatie entre 2014 et 2019), à l'exception de la France. Néanmoins, les pays européens ont pris des mesures pour lutter contre la surcharge pondérale, notamment l'instauration (ou l'augmentation) de taxes sur les boissons à forte teneur en sucre et l'obligation, depuis 2016, d'informer les consommateurs sur la composition nutritionnelle des denrées alimentaires (règlement UE n° 1169/2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires). Le Nutri-Score est utilisé en France (son affichage n'est pas obligatoire, mais très répandu), en Belgique, en Suisse, en Allemagne, aux Pays-Bas et au Luxembourg ; l'Italie recourt à une alternative, NutriInform.

Graphique 2 Proportion de la population en surpoids ou en obésité, en 2019 et 2014

En % de la population âgée de 15 ans ou plus



Lecture > En France, en 2019, 15,0 % des personnes âgées de 15 ans ou plus sont obèses et 32,1 % sont en surpoids.

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus.

Source > Eurostat, Enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS).

¹ L'indicateur utilisé pour évaluer la corpulence est l'indice de masse corporelle (IMC), qui correspond au rap-

port poids/taille² (exprimé en kg/m²). L'obésité correspond à un IMC supérieur à 30 chez l'adulte. Le surpoids correspond à un IMC compris entre 25 et 30.

Le tabagisme recule en 2019 mais reste la première cause de décès évitable

La consommation de tabac est l'un des plus grands risques sanitaires évitables dans l'UE, de nombreuses formes de cancers et de maladies cardiovasculaires et respiratoires étant liées à la consommation de tabac.

En Europe en 2019, 15,2 % des personnes âgées de 15 ans ou plus fument quotidiennement, dont 4,7 % plus de 20 cigarettes par jour. Les taux de tabagisme s'échelonnent de 28,7 % en Bulgarie à seulement 6,3 % en Suède (graphique 3). En France, 17,9 % des personnes âgées de 15 ans ou plus fument quotidiennement, dont 4,1 % sont de grands fumeurs.

Entre 2014 et 2019, la proportion de fumeurs quotidiens dans la population a toutefois régressé dans la plupart des pays européens, de 16,8 % à 15,2 % en moyenne dans les pays de l'UE-14 et de 22,5 % à 20,3 % en moyenne dans les NM-13. Cette baisse s'explique par une intensification des mesures de lutte contre le tabagisme, et notamment par l'alourdissement de la fiscalité du tabac, le prix du tabac

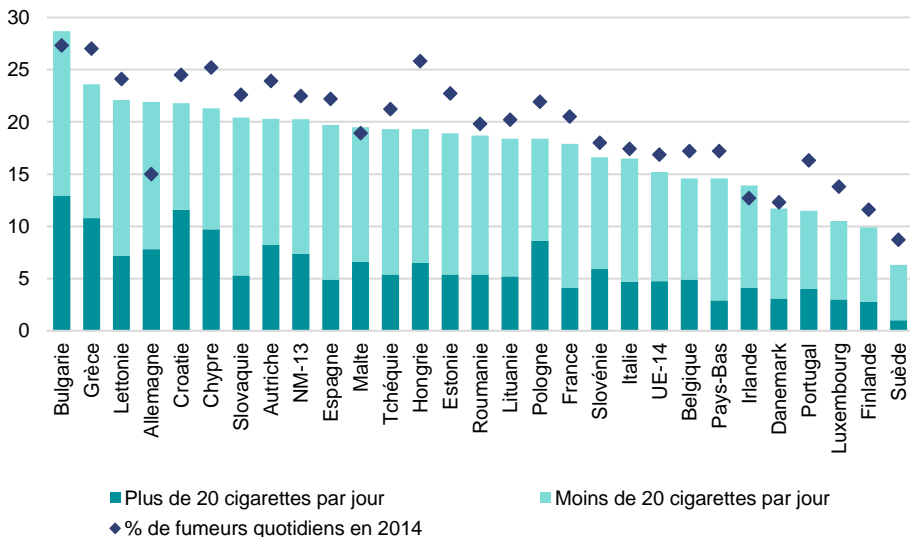
étant constitué à près de 80 % de taxes (droits d'accises et taxe sur la valeur ajoutée [TVA]) dans les pays européens (les taxes représentent 84 % du prix de vente au détail en France). D'autres mesures importantes consistent à faire figurer des avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes ou à proposer des campagnes d'aide aux fumeurs et des conseils de sevrage (« Mois sans tabac »).

En France, la diminution de 2,6 pp entre 2014 et 2019 coïncide également avec le renforcement des plans nationaux de lutte anti-tabac depuis cinq ans (Pasquereau, *et al.*, 2020).

Quatre pays font toutefois exception et affichent une augmentation du tabagisme sur cette période : l'Irlande (+1,2 pp), Malte (+0,6 pp), la Bulgarie (+1,4 pp) et l'Allemagne (+6,9 pp). Cette dernière, accuse un retard dans la mise en place de politiques de lutte contre le tabagisme. Néanmoins, après sept ans sans augmentation, la taxe sur le paquet de cigarettes allemand a subi une première hausse de 10 centimes au 1^{er} janvier 2022 et devrait atteindre 50 centimes supplémentaires en 2026, pour un prix moyen de 7,70 euros par paquet (contre environ 10 euros en France).

Graphique 3 Proportion de la population fumant quotidiennement, en 2019 et 2014

En % de la population âgée de 15 ans ou plus



Lecture > En France, en 2019, 17,9 % des personnes âgées de 15 ans ou plus fument quotidiennement, dont 4,1 % plus de 20 cigarettes par jour.

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus.

Source > Eurostat, Enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS).

Consommation d'alcool en Europe : où en sont les Français ?

La consommation d'alcool est une cause majeure de mortalité et d'invalidité. Une consommation excessive d'alcool est un facteur de risque important pour les maladies cardiaques, les AVC, les cirrhoses et

certains cancers. L'alcool est par ailleurs associé à de nombreux décès dus à des accidents de la route, des suicides, des actes de violence ou des homicides (OCDE, 2021).

Dans les pays de l'UE-14, 8,9 % de la population consomme quotidiennement de l'alcool, soit une personne sur douze environ (graphique 4). En revanche, ils sont près de 16,1 % dans les pays de l'UE-14 et 15,3 % dans les NM-13 à ne jamais en consommer.

La proportion de gros buveurs en France est légèrement supérieure à la moyenne européenne : 9,9 % des français consomment de l'alcool tous les jours. Les proportions les plus élevées sont observées au Portugal (20,7 %) et en Espagne (13,0 %). À l'inverse, ce taux est inférieur à 2 % en Suède (1,8 %), en Pologne (1,6 %), en Estonie (1,3 %), en Lettonie (1,2 %) et en Lituanie (0,8 %).

Entre 2014 et 2019, la part de la population consommant de l'alcool au moins une fois par mois a globalement un peu diminué : elle s'établit à 65 % en moyenne dans les pays de l'UE-14 en 2019 contre 67 % en 2014 (-2,2 pp). La baisse la plus importante

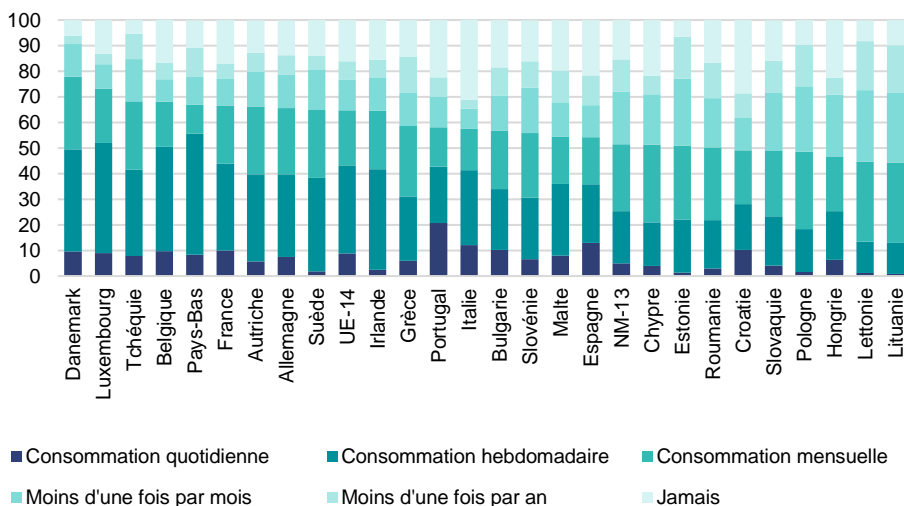
est observée en Allemagne (-8,5 pp entre 2014 et 2019) et l'augmentation la plus importante à Chypre (+6,7 pp).

Les politiques publiques de prévention de la consommation excessive d'alcool sont multiples et incluent notamment : des services d'écoute à destination des consommateurs à risque, des politiques de protection des jeunes et des enfants contre la promotion de l'alcool, des politiques de sécurité routière, ou des politiques d'augmentation des prix.

En France, les politiques publiques de lutte contre la consommation excessive d'alcool reposent principalement sur la fixation de repères pour la consommation d'alcool¹ : il est ainsi recommandé de ne pas dépasser deux verres par jour, avec au moins deux jours par semaine sans consommation d'alcool. La vente d'alcool aux mineurs est par ailleurs interdite depuis 2009.

Graphique 4 Consommation d'alcool en 2019

En % de la population âgée de 15 ans ou plus



Lecture > En France, en 2019, 9,9 % des personnes âgées de 15 ans ou plus consomment de l'alcool quotidiennement, 34,0 % au moins une fois par semaine, 22,7 % au moins une fois par mois, 10,4 % moins d'une fois par mois, 5,9 % moins d'une fois par an et 17,1 % jamais.

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus.

Source > Eurostat, Enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS).

¹ Ce travail d'expertise scientifique pour identifier la limite entre « le risque et le plaisir » a été réalisé sous

l'égide de Santé publique France et de l'Institut national du cancer (INCa), et a été rendu publique en mai 2017.

Encadré 2 Quels chiffres de la consommation de tabac, d'alcool et sur les taux d'obésité retenir pour les comparaisons internationales ?

Les données relatives aux comportements à risque (tabac, alcool, surcharge pondérale) sont issues de l'enquête européenne de santé (European Health Interview Survey [EHIS]), qui collecte des données sur l'état de santé, le recours aux soins de santé et les déterminants de la santé des personnes âgées de 15 ans ou plus. Cette enquête est menée environ tous les cinq ans, la dernière vague a été réalisée en 2019 et la prochaine est prévue en 2025.

Dans les éditions du Panorama des comptes de la santé antérieures à 2023, les données de l'OCDE avaient été utilisées. Si les résultats étaient relativement similaires à ceux obtenus avec l'EHIS pour de nombreux pays, la méthodologie de collecte pouvait différer et poser des questions de comparabilité. Ce phénomène était d'ailleurs particulièrement visible dans le cas de la France. À titre d'exemple, l'OCDE utilise le Baromètre santé réalisé par Santé publique France afin de mesurer le nombre de fumeurs quotidiens en France. Contrairement à l'EHIS, ce baromètre porte uniquement sur les individus âgés de 18 à 74 ans et interroge différemment les individus sur leur consommation de tabac (avec trois questions successives). Les proportions de fumeurs ainsi obtenus sont bien supérieures à ceux obtenus avec l'EHIS sur le champ des 15 ans ou plus : 24,0 % de fumeurs quotidiens en 2020 selon l'OCDE, contre 17,9 % en 2019 avec EHIS. Outre la différence de champ d'âge, d'importantes différences méthodologiques existent entre les deux sources (Leduc, *et al.*, 2021). Pour une meilleure comparabilité des données, l'utilisation de l'EHIS pour analyser ces indicateurs en comparaison internationale est privilégiée.

En 2021, la prévention représente 5,5 % des dépenses de santé en France

Les soins préventifs sont définis dans le Système des comptes de la santé, harmonisé au niveau international (SHA), comme « toute mesure visant à réduire ou éviter le nombre ou la gravité des blessures et des maladies, leurs séquelles et leurs complications ». Ils incluent six catégories de soins dont les définitions peuvent différer selon les pays. Le *tableau 1* résume, pour ces six catégories, les définitions et les principales variations inter pays.

En 2021, les dépenses de prévention représentent en moyenne 6,1 % de la DCSi dans les pays de l'UE-14 (*graphique 5*). Cette part varie fortement entre pays : le Royaume-Uni, l'Autriche et les Pays-Bas affichent les niveaux de dépenses de prévention les plus élevés (respectivement 12,5 %, 10,3 % et 9,6 % de la DCSi). À l'inverse, Malte (1,5 %), la Slovaquie (1,6 %) et plus généralement les pays des NM-13 consacrent une moindre part de leurs dépenses de santé à la prévention (4,5 % en moyenne). En 2021, cette part atteint 5,5 % en France, qui se situe à un niveau

intermédiaire en Europe, au niveau de la Lituanie et du Canada (5,6 % et 5,5 % respectivement).

Certaines dépenses de prévention étant parfois comptabilisées comme des soins curatifs (*tableau 1*), les proportions obtenues ici peuvent ne pas refléter la situation réelle des pays. À titre d'exemple, l'administration des vaccins – hors Covid-19 – par des professionnels de santé n'est pas comptabilisée en France comme des dépenses de prévention, mais comme des soins curatifs (Gmeinder, *et al.*, 2017). Le coût des vaccins, lui, est toutefois bien comptabilisé (*fiche 24*).

Pour la quasi-totalité des pays étudiés, à l'exception du Canada et de Malte, une augmentation significative des dépenses consacrées à la prévention entre 2019 et 2021 est observée. Ce dynamisme des dépenses de prévention s'explique en partie par l'augmentation des dépenses de dépistage et de vaccination contre le Covid-19. Cette proportion a ainsi rapidement augmenté en Autriche (+8,2 pp), au Royaume-Uni (+7,5 pp), au Danemark (+6,7 pp) et aux Pays-Bas (+6,3 pp). En France, la part des dépenses de santé consacrée à la prévention a augmenté de 3,5 pp entre 2019 et 2021.

Tableau 1 Définitions des dépenses de prévention dans SHA

Catégorie	Définition (OCDE, 2011)	Éléments de différence
Programmes d'information, d'éducation et de conseil	Stratégies, approches et méthodes visant à permettre aux individus de jouer un rôle actif dans le maintien et la protection de leur santé (campagnes d'information)	Cette catégorie inclut uniquement les dépenses qui relèvent du ministère de la Santé et exclut les campagnes financées autrement ¹ . Les conseils personnels sont également exclus et constituent généralement des dépenses de soins curatifs
Programmes de vaccination	Vaccination contre diverses maladies. Les dépenses liées à la consultation sont comptabilisées	Certains pays, notamment la France ² , incluent certaines de ces dépenses dans la catégorie des soins curatifs
Programmes de détection précoce des maladies	Recherche active d'une maladie à un stade précoce de son évolution (dépistage, tests de diagnostic, examens médicaux)	Certains pays incluent les services de laboratoire et d'imagerie dans la catégorie des services auxiliaires ³
Programmes de surveillance des conditions de santé	Surveillance active des conditions de santé. Ces programmes ciblent des groupes (personnes âgées, enfants), des situations (grossesses) ou des domaines de santé spécifiques (contrôles dentaires)	Un large nombre de pays incluent ces dépenses de routine dans la catégorie des soins curatifs
Surveillance épidémiologique	Opérations techniques visant à gérer les connaissances et les ressources dans une optique de prévention et de contrôle	Certains pays incluent ces dépenses, ou une part d'entre elles, dans la catégorie gouvernance et administration du système de santé
Programmes d'intervention en cas de catastrophe d'urgence	Préparation d'une réponse appropriée en cas d'urgence humanitaire, qu'elle soit d'origine humaine ou naturelle	

1. Par exemple, en Suède, les campagnes médiatiques menées par les magasins publics vendant de l'alcool sont exclues. L'Autriche exclut également les dépenses relatives aux programmes d'information scolaire financés par le ministère de l'Éducation. Enfin, l'Estonie exclut la fourniture d'information par l'inspection du travail sur la santé et la sécurité aux entreprises et aux travailleurs.

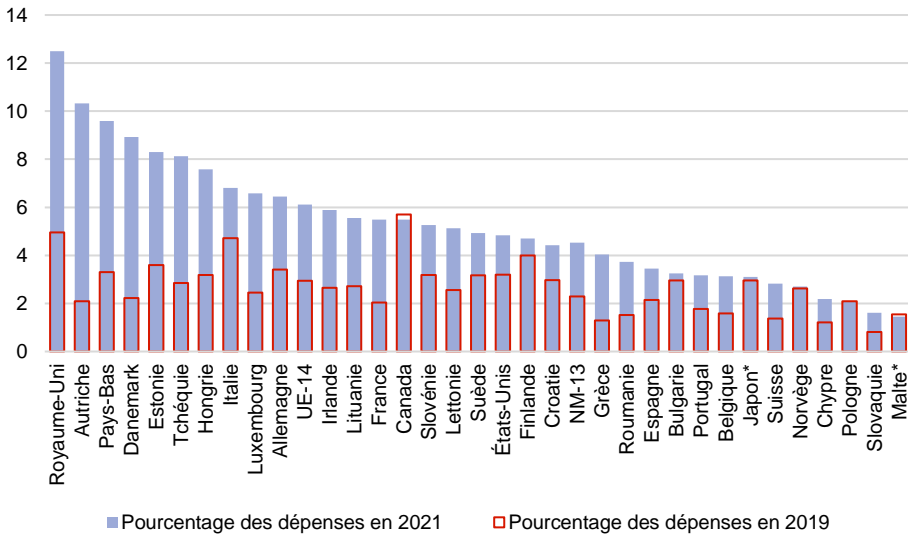
2. En France, l'administration des vaccins – hors Covid-19 – par des professionnels de santé n'est pas comptabilisée comme des dépenses de prévention, mais comme des soins curatifs.

3. En Grèce, Norvège, Slovaquie, Suède notamment. Similairement, la Finlande inclut les programmes de dépistage menés par les centres de soins ambulatoires dans la catégorie des soins curatifs.

Sources > OCDE (2017), A system of Health Accounts (SHA) ; Gmeinder, et al. (2017). How much do OECD countries spend on prevention? Working Paper, 101.

Graphique 5 Dépenses de prévention en 2021 et 2019

En % de la DCSi



* Données 2020 pour Malte et le Japon.

Lecture > En France, en 2021, les dépenses de prévention représentent 5,5 % de la DCSi.**Sources** > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

La prévention individuelle primaire constitue le premier poste de dépenses de prévention

La prévention individuelle englobe l'ensemble des actions de prévention ciblées sur les individus et les comportements. Elle est dite « primaire » quand elle intervient avant que les effets sur la santé ne se produisent. Sont classiquement intégrés dans cette catégorie les programmes de vaccination et les programmes de suivi de l'état de santé des personnes. La prévention est dite « secondaire » quand elle permet le dépistage des maladies à un stade précoce, c'est-à-dire avant l'apparition des symptômes. Cette catégorie inclut notamment les programmes de dépistages des cancers, des maladies sexuellement transmissibles (MST) et les traitements médicaux préventifs. La prévention collective englobe l'ensemble des programmes de surveillance, de veille et de préparation contre les catastrophes, de sécurité sanitaire, ainsi que les programmes de prévention et d'information menés auprès de la population (politiques de prévention des IST, politiques anti-tabagisme, politique de vaccination, nutrition).

La prévention individuelle primaire constitue le principal poste de dépense de santé dans la majorité des pays européens (graphique 6). Elle est particulièrement importante en Finlande et en Lettonie (84 %), mais tient une moindre place en Slovaquie (12 %) ou en Suisse (13 %). Les programmes de prévention individuelle primaire se répartissent

équitablement entre programmes de vaccination et programmes de suivi de l'état de santé.

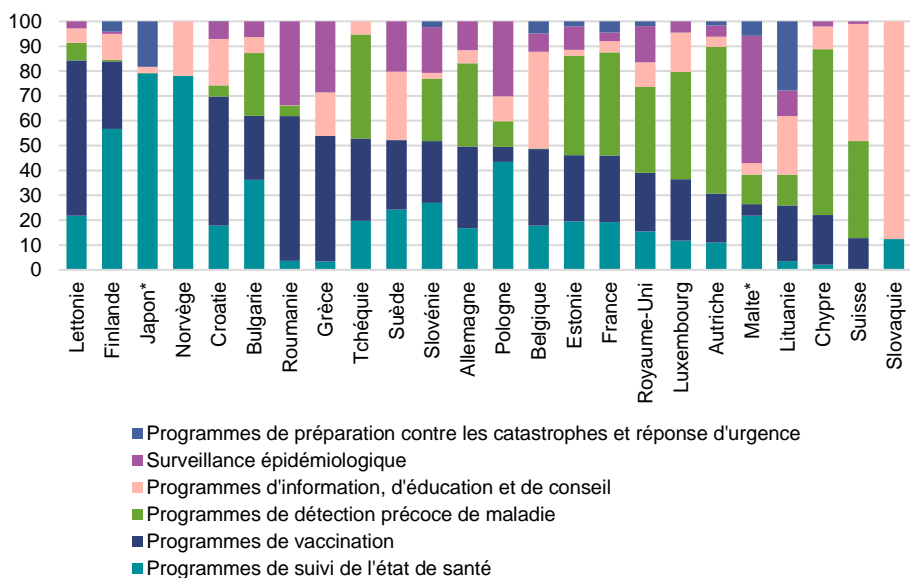
L'intensité de la prévention individuelle secondaire varie fortement d'un pays à un autre : Chypre et l'Autriche affichent les niveaux de dépenses les plus élevés (respectivement 67 % et 59 %). À l'inverse, la Finlande (1 %) et la Roumanie (4 %) consacrent une moindre part de leurs dépenses de prévention à cette catégorie. L'absence de prévention individuelle secondaire en Norvège ou en Belgique laisse supposer que ces deux pays ne font pas de distinction entre la prévention individuelle primaire et secondaire.

Enfin, la prévention collective représente un poste plus faible de la prévention, à l'exception de certains pays et notamment de la Slovaquie (88 %), de Malte et de la Lituanie (62 %). Les programmes de prévention collective se répartissent équitablement entre les programmes d'information et les programmes de surveillance épidémiologique. Les programmes de préparation contre les catastrophes sont un poste mineur de la prévention et représentent de 0 % à 28 % en Lituanie des dépenses de prévention.

En France, le poste de prévention principal est celui de la prévention individuelle primaire (46 %), principalement dédié aux programmes de vaccination (27 %). L'autre moitié des dépenses de prévention se répartit entre les programmes de dépistage (41 %) et les autres formes de prévention collective (13 %). ■

Graphique 6 Dépenses de soins préventifs par poste, en 2021

En % des dépenses de prévention



* Données 2020 pour Malte et le Japon.

Lecture > En France, en 2021, les programmes de prévention individuelle primaire représentent 46 % des dépenses de prévention (19 % pour les programmes de suivi de l'état de santé et 27 % pour les programmes de vaccination), les programmes de prévention individuelle secondaire représentent 41 % des dépenses de prévention et les programmes de prévention collective représentent 12 % des dépenses de prévention (5 % pour les programmes d'éducation, d'information et de conseil, 3 % pour la surveillance épidémiologique et 5 % pour les programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence).

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Pour en savoir plus

- > **Gmeinder, M., Morgan, D., Mueller, M.** (2017). *How much do OECD countries spend on prevention?* Documents de travail de l'OCDE sur la santé, 101, Éditions OCDE, Paris.
- > **Leduc, A., Deroyon, T., Rochereau, T., Renaud, A.** (2021, avril). Premiers résultats de l'enquête de santé européenne (EHIS) 2019 – Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 78.
- > **OCDE** (2017). *A system of health accounts 2011: revised edition*. Éditions OCDE, Paris. Organisation de coopération et de développement économique, Eurostat et Organisation mondiale de la santé.
- > **OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies** (2021). *France: profil de santé par pays 2021, State of Health in the EU*. Paris, France, Éditions OCDE. Brussels, Belgique: European Observatory of Health Systems and Policies Edition.
- > **OCDE** (2021). *Panorama des dépenses de santé*. Éditions OCDE, Paris. Organisation de coopération et de développement économique.
- > **OCDE/Eurostat** (2022). *Avoidable mortality*. OCDE/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death.
- > **Pasquereau, A., Andler, R., Arwidson, P., et al.** (2020). Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. *Santé Publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 14, pp. 273-281.