

En France, le taux de mortalité évitable après intervention du système de santé est parmi les plus faibles d'Europe avec 204 décès évitables pour 100 000 personnes en 2021 (144 sont évitables grâce à la prévention et 60 grâce aux traitements, au sens d'Eurostat).

Le tabagisme, l'alcoolisme et l'obésité constituent des facteurs de risque majeurs. 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 en moyenne moins fréquents en France que dans les autres pays européens.

La France consacre 3,9 % de ses dépenses de santé à la prévention en 2022 au sens de l'OCDE, un niveau inférieur à la moyenne des pays européens. Toutefois, des différences de définitions peuvent expliquer une partie des larges différences observées entre les pays. Dans la plupart des pays, la majorité des dépenses de prévention sont destinées à la prévention individuelle primaire.

## La France a un taux relativement faible de mortalité évitable

Au sens d'Eurostat, on distingue deux types de mortalité dite évitable : « par prévention », c'est-à-dire avant que les effets sur la santé ne se produisent ; et « par traitement », grâce au dépistage des maladies à un stade précoce qui permet de prodiguer à temps des soins de santé efficaces. La somme de ces deux taux constitue l'indicateur global de mortalité évitable (*encadré 1*).

### Mortalité évitable par prévention

En moyenne, dans les pays de l'Union européenne à 27 (UE-27), le taux de mortalité évitable grâce à la prévention est de 237 décès pour 100 000 personnes en 2021 (*graphique 1*). Les taux les plus élevés de décès prématurés sont observés dans les pays de l'est de l'Europe, et en particulier en Bulgarie, en Hongrie et en Roumanie (respectivement 460, 452 et 440 décès pour 100 000 personnes). Ils tiennent pour l'essentiel à des taux nettement plus élevés de mortalité par insuffisance cardiaque, accidents et consommation d'alcool dans ces pays, ainsi qu'à une forte prévalence du cancer du poumon en Hongrie (OCDE, 2021). En France, ce taux est bien plus faible (144 décès évitables par prévention pour 100 000 personnes en 2021), un niveau proche des pays de l'Europe de l'Ouest et du Sud.

### Mortalité évitable par traitement

En 2021, le taux de mortalité évitable grâce aux traitements est bien inférieur à celui de la mortalité évitable par prévention. Il s'établit en moyenne à 111 décès pour 100 000 habitants dans les pays de l'UE-27 (*graphique 1*). Comme pour la mortalité évitable par prévention, les pays de l'ouest, du nord et du sud de l'Europe présentent des taux bien inférieurs aux pays de l'est de l'Europe, exception faite de la Slovaquie (67 décès pour 100 000 personnes) : avec respectivement 255, 225 et 206 décès pour 100 000 personnes en Roumanie, en Bulgarie et en

Slovaquie. Le Luxembourg (55 décès pour 100 000 personnes), la France (60 décès pour 100 000 personnes), la Suède et les Pays-Bas (60 décès pour 100 000 personnes) présentent ainsi les plus faibles taux de mortalité évitable par traitement. En France, les premières causes de mortalité évitable grâce aux traitements sont le cancer colorectal, l'insuffisance cardiaque, le cancer du sein, les accidents vasculaires cérébraux et la pneumonie (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

### 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 (*graphique 1*). Au cours de cette période, les baisses les plus importantes ont été observées au Luxembourg (-23 %, de 233 à 180 décès pour 100 000 habitants), en Lituanie (-23 %, de 602 à 466 décès pour 100 000 habitants) et à Malte (-22 %, de 241 à 187 décès pour 100 000 habitants) ; contre -13 % en France (de 215 à 186 décès pour 100 000 habitants) et -15 % en moyenne dans l'UE-27 (de 330 à 280 décès pour 100 000 habitants).

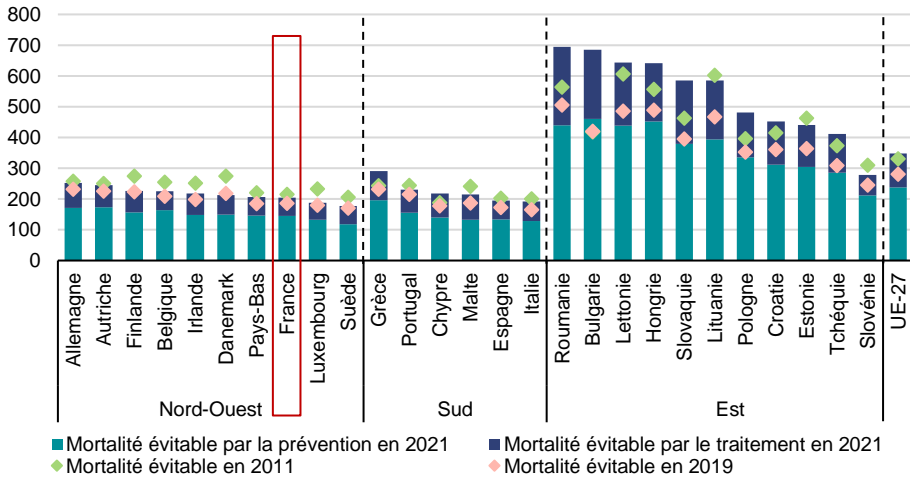
Par convention, l'OCDE et Eurostat considèrent l'ensemble des décès dus au Covid-19 comme des décès évitables par prévention. Outre les décès directement dus au Covid-19, qui auraient pu être évités grâce à des interventions plus rapides des pouvoirs publics ou une meilleure application des gestes barrières, la pandémie a également perturbé les systèmes de santé, les soins préventifs et les soins curatifs. À l'exception du Danemark (-2 %), la mortalité évitable (par prévention et par traitement) a ainsi augmenté en 2021 dans l'ensemble des pays étudiés. Dans la plupart des pays de l'est de l'Europe, ainsi qu'en Grèce et à Chypre, elle dépasse

même les niveaux de 2011. La hausse de la mortalité évitable est maximale en Roumanie (695 décès évitables pour 100 000 habitants en 2021 contre 563 en 2011) et en Slovaquie (585 en 2021 contre 462 en 2011). En France, la mortalité évitable a augmenté de 10 % entre 2019 et 2021 (de 186 à

204 décès pour 100 000 habitants) mais reste inférieure au niveau de 2011 (216 décès pour 100 000 habitants). La France fait mieux que la moyenne des pays de l'UE-27 (+24 % entre 2019 et 2021, de 280 à 348 décès pour 100 000 habitants, contre 330 décès pour 100 000 habitants en 2011), tirée par les pays de l'est de l'Europe.

**Graphique 1 Mortalité évitable grâce aux traitements et à la prévention en 2021, en 2019 et en 2011**

Nombre de décès évitables grâce aux traitements et à la prévention pour 100 000 habitants



**Lecture** > En France, en 2021, 144 décès pour 100 000 habitants auraient pu être évités principalement par des interventions de santé publique et de prévention, et 60 décès pour 100 000 habitants par des interventions en matière de soins de santé, pour un total de 204 décès évitables pour 100 000 habitants. En 2011 et en 2019, ce ratio s'élevait respectivement à 215 et 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 prévention » ou « par traitement » au sens d'Eurostat**

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 issues 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. Le concept de mortalité évitable renvoie à une mortalité prématurée : au-delà de 74 ans, les décès ne sont pas retenus pour le calcul de l'indicateur de mortalité évitable.

Au sens d'Eurostat, au sein des décès enregistrés pour une année donnée, on considère par convention que certains auraient pu être évités par « prévention », c'est-à-dire avant le déclenchement des maladies et avant que les effets sur la santé ne se produisent ; ou par « traitement », c'est-à-dire après le déclenchement des maladies, grâce notamment au dépistage des maladies à un stade précoce qui permet de prodiguer à temps des soins de santé efficaces pour réduire leur 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 des décès qui peuvent être évités, que ce soit par prévention ou par traitement, ont été inscrites par convention 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 l'insuffisance cardiaque 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.

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

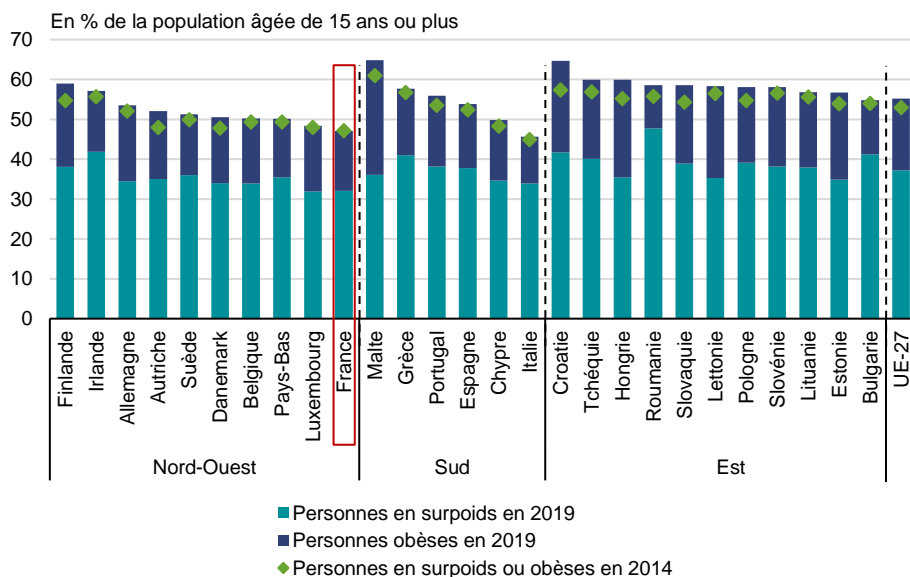
### État des lieux de l'obésité et du surpoids en Europe

En 2019, 55,2 % de la population des pays de l'UE 27 est en surcharge pondérale<sup>1</sup> (dont 18,0 % d'obèses) [graphique 2]. Les taux les plus élevés de surcharge pondérale sont observés dans les pays de l'est de l'Europe, et en particulier à Malte et en Croatie où plus de 60 % des adultes sont obèses ou en surpoids. À l'inverse, les parts les plus faibles sont observées en Italie (44,9 % dont 11,7 % d'obèses). En France, 47,2 % des personnes âgées de 15 ans ou plus sont en surcharge pondérale (dont 15,0 % d'obèses). 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), à l'exception de la France (-0,1 pp).

Même si leurs effets sont difficilement quantifiables en pratique, 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). Le Nutri-Score<sup>2</sup> est également utilisé en France (son affichage n'est pas obligatoire, mais est très répandu), en Belgique, en Suisse, en Allemagne, aux Pays-Bas et au Luxembourg ; l'Italie recourt à une alternative, NutriInform (Troy, 2024).

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



**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.

**Sources** > Eurostat, Enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS), calculs Eurostat.

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

En Europe en 2019, 17,6 % des personnes âgées de 15 ans ou plus fument quotidiennement, dont 6,0 % 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). De manière générale, la consommation de tabac est plus élevée dans les pays de l'est de l'Europe que dans

les autres régions. 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 part de fumeurs quotidiens dans la population a toutefois régressé dans la plupart des pays européens, de 19,6 % à 17,6 % en moyenne dans les pays de l'UE-27. Cette baisse s'explique par une intensification des mesures de lutte contre le tabagisme, notamment par l'alourdissement de la

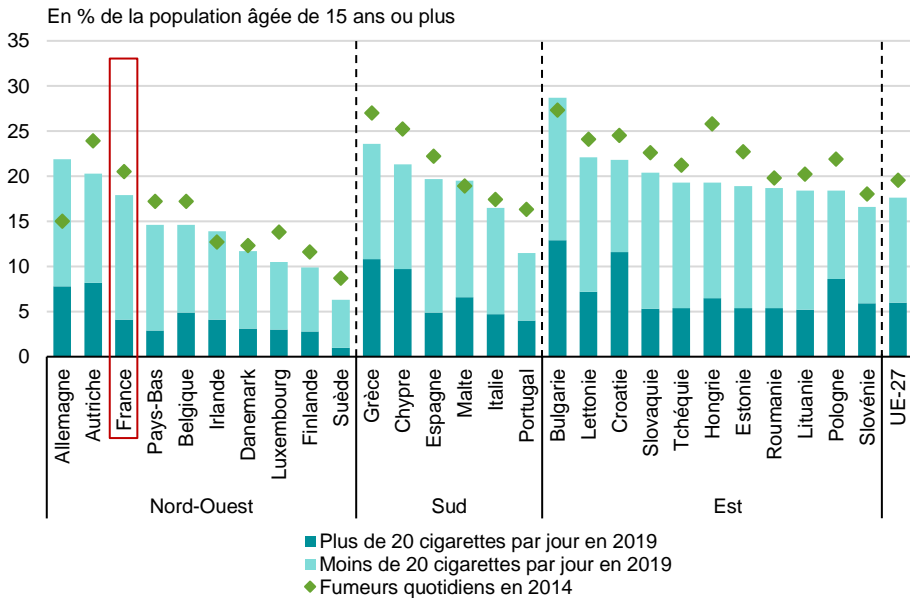
<sup>1</sup> L'indicateur utilisé pour évaluer la corpulence est l'indice de masse corporelle (IMC), qui correspond au rapport poids/taille<sup>2</sup> (exprimé en kg/m<sup>2</sup>). L'obésité correspond à un IMC supérieur à 30 chez l'adulte. Le surpoids correspond à un IMC compris entre 25 et 30. La surcharge pondérale correspond à un IMC supérieur à 25.

<sup>2</sup> Le Nutriscore est un système d'étiquetage nutritionnel simplifié qui prend la forme d'un logo avec une lettre et une couleur sur une échelle allant de A (vert foncé) à E (rouge), score évalué en fonction de la composition nutritionnelle de l'aliment.

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 (e.g. « Mois sans tabac »). En France, la diminution de 2,6 pp entre 2014 et 2019 coïncide avec le renforcement des plans nationaux de lutte anti-tabac en date de 2014 (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<sup>er</sup> 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 fumeurs quotidiens, en 2019 et en 2014



**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), calculs Eurostat.

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

Dans les pays de l'UE-27, en moyenne 37,2 % de la population consomme de l'alcool hebdomadairement, dont 8,4 % de manière quotidienne (graphique 4). 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 et 34,0 % toutes les semaines sans en consommer tous les jours, pour un total de 43,9 % de Français qui boivent de l'alcool au moins une fois par semaine. Les taux les plus élevés sont observés dans les pays du nord-ouest de l'Europe et dans certains pays du Sud : notamment aux Pays-Bas (55,6 % dont 8,3 % de buveurs quotidiens) et au Luxembourg (52,0 % dont 8,9 % de buveurs quotidiens). Au Portugal, où 42,7 % de la population boit de l'alcool au moins hebdomadairement, la part de buveurs quotidiens atteint

20,7 %, le taux le plus élevé d'Europe. En revanche, seulement 13,0 %, 13,5 % et 18,4 % des Lituaniens, des Lettons et des Polonais boivent de l'alcool chaque semaine (dont respectivement 0,8 %, 1,2 % et 1,6 % de buveurs quotidiens respectivement).

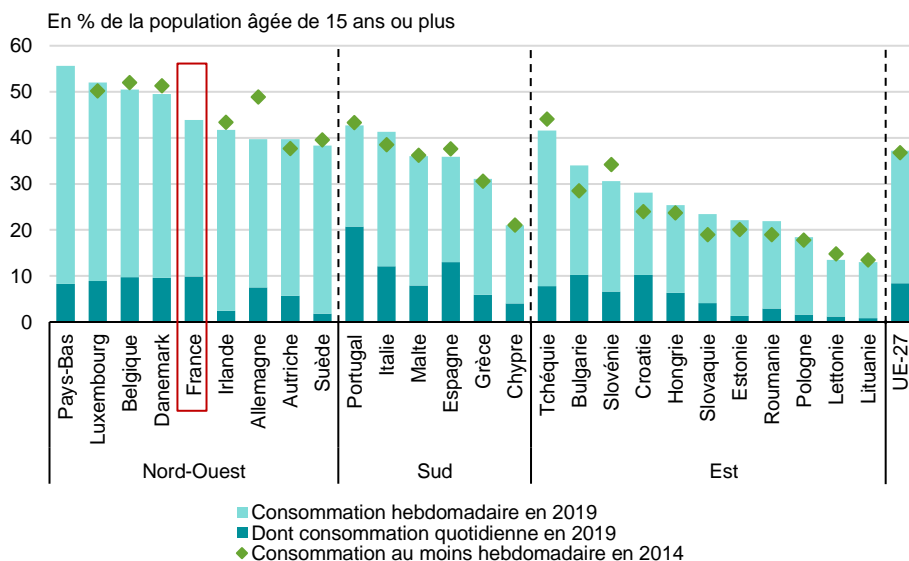
Entre 2014 et 2019, la part de la population consommant de l'alcool au moins une fois par semaine a globalement augmenté : elle s'établit à 37,2 % en moyenne dans les pays de l'UE-27 en 2019, contre 36,8 % en 2014 (+0,4 pp). La baisse la plus importante est observée en Allemagne (-9,2 pp entre 2014 et 2019) et l'augmentation la plus importante en Bulgarie (+5,5 pp).

Les politiques publiques de prévention contre 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'alcool<sup>1</sup> : 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 hebdomadaire d'alcool, en 2019 et en 2014



**Lecture** > En France, en 2019, 9,9 % des personnes âgées de 15 ans ou plus consomment de l'alcool quotidiennement et 34,0 % à un rythme hebdomadaire, pour un total de 43,9 % de français qui boivent de l'alcool au moins une fois par semaine.

**Champ** > Personnes âgées de 15 ans ou plus.

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

#### 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 celles obtenues 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 est privilégiée pour la comparaison internationale.

<sup>1</sup> 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.

## En France, les dépenses de prévention sont proches mais inférieures à la moyenne de l'UE-27

### Les dépenses de prévention représentent une part très variable de la DCSi selon les pays

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. Notons que le périmètre de la prévention au sens de l'OCDE et de SHA est légèrement différent du concept de prévention utilisé par Eurostat pour définir une partie de la mortalité évitable (encadré 1). Le tableau 1 résume, pour ces six catégories, les définitions et les principales variations entre pays.

En 2022, les dépenses de prévention représentent en moyenne 5,5 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) dans les pays de l'UE-27 (graphique 5). Cette part varie toutefois fortement

entre pays : le Royaume-Uni, l'Allemagne et l'Autriche affichent les niveaux de dépenses de prévention les plus élevés (respectivement 7,8 %, 7,8 % et 7,4 % de la DCSi). À l'inverse, la Slovaquie (2,1 %), la Pologne (1,9 %) et plus généralement les pays de l'est et du sud de l'Europe consacrent une moindre part de leurs dépenses de santé à la prévention. En 2022, cette part atteint 3,9 % en France, qui la situe à un niveau intermédiaire inférieur en Europe, comme la Suède, le Luxembourg, l'Espagne et la Slovénie (3,6 %, 4,6 %, 3,8 % et 4,2 % respectivement).

Certaines dépenses de prévention étant comptabilisées comme des soins curatifs dans certains pays (tableau 1), ces indicateurs sont à considérer avec précaution. À titre d'exemple, l'administration des vaccins – hors Covid-19 – par des professionnels de santé n'est actuellement pas comptabilisée en France comme une dépense de prévention, mais comme des soins curatifs (Gmeinder, *et al.*, 2017). Le coût des vaccins, lui, est toutefois bien comptabilisé dans la prévention.

**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 <sup>1</sup> . 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>3</sup>
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	

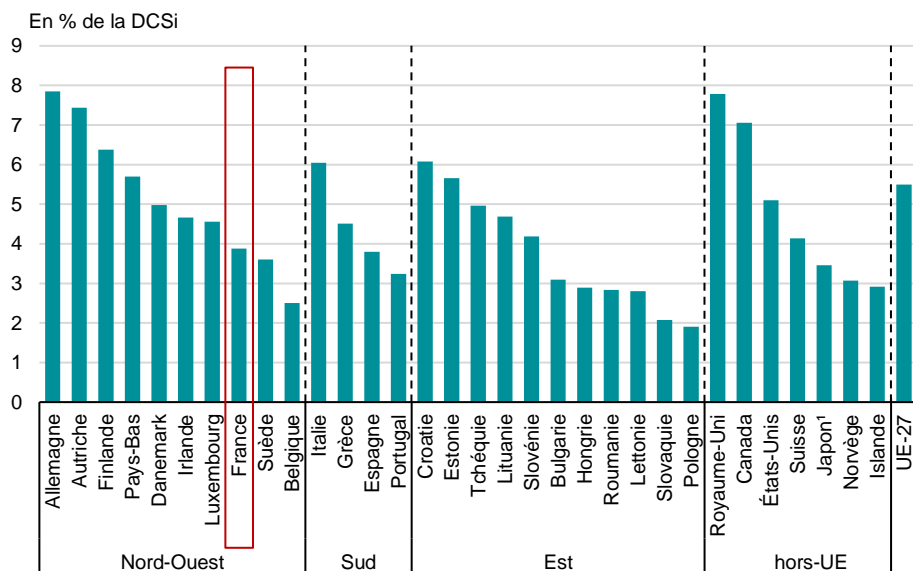
1. Par exemple, en Suède, les campagnes médiatiques menées par les magasins publics vendant de l'alcool sont exclues. L'Autriche exclut également les dépenses relatives aux programmes d'information scolaire financés par le ministère de l'Éducation. Enfin, l'Estonie exclut la fourniture d'information 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 2022

1. Données 2021.

**Lecture** > En France, en 2022, les dépenses de prévention représentent 3,9 % de la DCSi.

**Sources** > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

### En moyenne, la prévention individuelle primaire constitue le premier poste des dépenses de prévention

La prévention individuelle – primaire ou secondaire – englobe l'ensemble des actions de prévention ciblées sur les individus et leurs comportements. Elle est dite primaire quand elle intervient avant que les effets sur la santé ne se produisent. Sont classiquement intégrés les programmes de vaccination et les programmes de suivi de l'état de santé des personnes (graphique 6). La prévention individuelle 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 infections sexuellement transmissibles (IST) 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 d'information menés auprès de la population (politiques de prévention des MST, politiques anti-tabagisme, politiques de vaccination).

La prévention individuelle primaire constitue le principal poste de dépense de prévention dans la majorité des pays étudiés (2,7 % des 5,5 % de la DCSi consacrée à la prévention dans les pays de l'UE-27 ;

1,9 % des 3,9 % en France). Elle est particulièrement importante en Finlande (4,1 % des 6,4 %) et en Lettonie (1,8 % des 2,8 %), mais tient une moindre place en Slovaquie (0,2 % des 2,1 %) ou en Suisse (1,3 % des 4,1 %). Les programmes de prévention individuelle primaire se répartissent équitablement entre programmes de vaccination et programmes de suivi de l'état de santé.

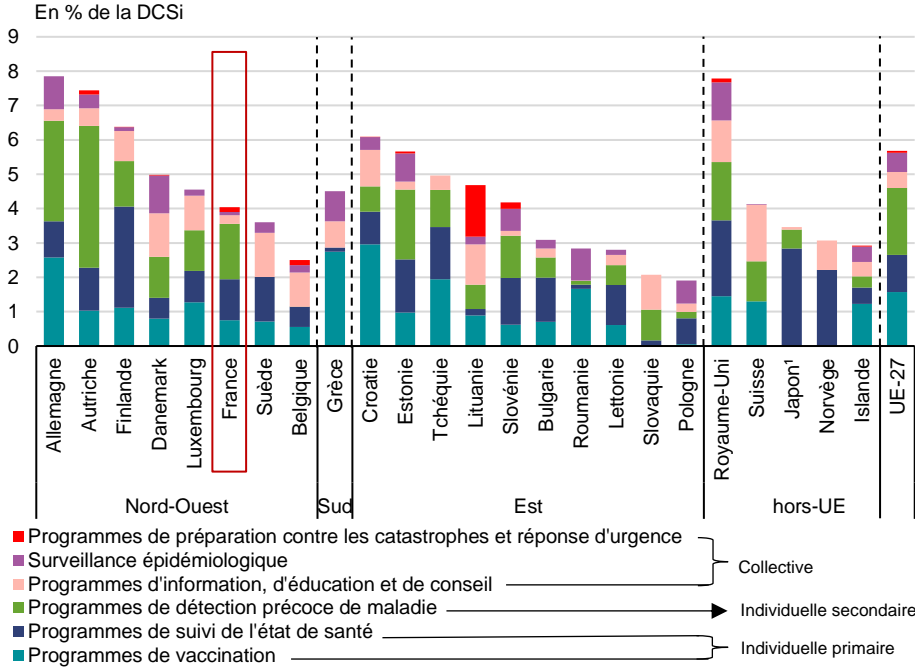
L'intensité de la prévention individuelle secondaire varie fortement d'un pays à un autre : l'Autriche affiche le niveau de dépenses le plus élevé (4,1 % des 7,4 % de la DCSi investis dans la prévention). À l'inverse, la Finlande et la Roumanie consacrent une moindre part de leurs dépenses de prévention 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 Lituanie (2,9 % des 4,7 % de la DCSi dédiée à la prévention) et de la Belgique (1,4 % des 2,5 %). 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.

En France, le poste de prévention principal est celui de la prévention individuelle primaire (1,9 %), principalement dédié aux programmes de suivi de l'état

de santé des patients (1,2 %). L'autre moitié des dépenses de prévention se répartit entre les programmes de dépistage (1,5 %) et les autres formes de prévention collective (0,5 %). ■

**Graphique 6** Dépenses de soins préventifs par poste, en 2022



1. Données 2021.

**Note** > La moyenne de l'UE-27 est calculée uniquement pour les pays fournissant les détails par poste de prévention. Cela exclut Malte, Chypre, les Pays-Bas, l'Irlande, l'Italie, l'Espagne, le Portugal et la Hongrie.

**Lecture** > En France, en 2022, les programmes de prévention individuelle primaire représentent 1,9 % des dépenses de santé (1,2 % pour les programmes de suivi de l'état de santé et 0,7 % pour les programmes de vaccination), les programmes de prévention individuelle secondaire représentent 1,5 % des dépenses de prévention et les programmes de prévention collective représentent 0,5 % des dépenses de prévention (0,2 % pour les programmes d'éducation, d'information et de conseil, 0,1 % pour la surveillance épidémiologique et 0,1 % pour les programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence).

**Sources** > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.



**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.
- > **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 de l'OCDE. Brussels, Belgique: European Observatory of Health Systems and Policies Edition.
- > **OCDE** (2021). *Panorama des dépenses de santé*. Paris, France : Éditions de l'OCDE.
- > **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.
- > **Troy, L. (2024)**. Surpoids et obésité : facteurs de risque et politiques de prévention en France et dans le monde. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 118.