

Septembre 2023

POLICY BRIEF N°23.07

La prévention et la promotion de la santé

Rédigé par Claire Duchêne, Benoît Bayenet et Ilan Tojerow.

APERÇU

Protéger la santé des citoyens est un enjeu majeur pour nos sociétés. Actuellement, nos systèmes de santé adoptent essentiellement une approche curative de la santé, tandis que l'approche préventive reste minoritaire. Pourtant, il semblerait que nous ayons fort à gagner à développer, en parallèle, une solide politique de prévention de la santé. Ce policy brief se penche sur les concepts de prévention et de promotion de la santé, sur leurs raisons d'être et tente d'explorer quelques-uns de leurs résultats mais aussi d'analyser la prévention et la promotion de la santé dans le cadre institutionnel belge.

ÉLÉMENTS-CLÉS

- ▶ Les concepts de prévention et de promotion de la santé se distinguent l'un de l'autre. Alors que la prévention se concentre principalement sur le secteur des soins de santé, la promotion de la santé défend une approche intersectorielle, tenant compte des déterminants sociaux de la santé. Néanmoins, malgré leurs différences d'approche, il n'en demeure pas moins une certaine porosité entre ces deux concepts, qui se recoupent et partagent des objectifs communs.
- ▶ Il existe plusieurs motivations à la prévention et promotion de la santé. D'abord, une motivation sociale visant aider les citoyens à vivre plus longtemps en meilleure santé. Ensuite, une motivation économique, afin d'éviter des coûts ultérieurs de santé. Dans un même registre, la prévention et la promotion de la santé participeraient à éviter, ou à diminuer, la surcharge des systèmes de soins de santé, souffrant de pénurie de personnel. Enfin, la prévention et la promotion de la santé pourraient également participer à la diminution des inégalités de santé.
- ▶ En Belgique, la prévention et la promotion de la santé semblent sous-investies. Le système des soins de santé est en effet majoritairement tourné vers les soins curatifs ; seul 1,7 % des dépenses courantes de santé belges auraient été attribuées à la prévention en 2019. Ce déséquilibre peut s'expliquer par différents éléments, liés à la nature même de la prévention mais aussi à l'architecture complexe de notre pays.
- ▶ Pourtant, il semblerait que de nombreuses mesures de prévention ont déjà fait leur preuve, notamment en termes de rapport coûts-bénéfices. De plus, lorsque celles-ci sont conçues en intégrant les déterminants de santé, elles peuvent également contribuer à la diminution des inégalités de santé. Des efforts supplémentaires en matière de prévention et de promotion de la santé sont donc à considérer. En particulier, il est important que les politiques ne soient pas conçues de façon isolée, mais qu'elles soient au contraire combinées entre elles. De plus, une approche globale de la santé ainsi qu'une approche de santé dans toutes les politiques pourraient se révéler pertinentes dans la prise en compte de la complexité des enjeux de santé et des inégalités de santé.

INTRODUCTION

Ce policy brief s'intéresse aux concepts de prévention et de promotion de la santé. La santé est un bien précieux, et même si de nombreuses avancées ont été faites ces dernières décennies en termes de santé et d'espérance de vie, des efforts supplémentaires n'en demeurent pas moins nécessaires. En effet, les années de vie supplémentaires que nous vivons ne se passent pas forcément en bonne santé, comme en témoigne notamment l'écart entre l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé des Belges¹ (Bureau fédéral du Plan, 2023). Aussi, on estime qu'en 2019, pas moins de 2,3 millions d'années de vie en bonne santé auraient été perdues (DALYs)² et la même année, 644 000 décès prématurés en Union Européenne (UE) auraient pu être évités grâce à de la prévention primaire ou d'autres mesures de santé publique (OECD, 2022). Par ailleurs, d'importantes inégalités sont observées, non seulement dans les résultats de santé mais aussi dans les déterminants de santé.

Contrairement aux soins curatifs qui agissent de façon réactive aux problèmes de santé, les mesures de prévention et de promotion de la santé entendent plutôt agir en amont, avant que ceux-ci n'apparaissent, et avec des résultats différés dans le temps (Ammi & Béjean, 2010). Ces deux approches - curative et préventive - se complètent l'une l'autre, notamment dans la prise en charge des maladies chroniques, mais aussi dans la lutte contre les maladies transmissibles comme ce fut le cas lors de la crise du Covid-19. Pourtant, il existe un important déséquilibre des moyens alloués entre le système préventif et le système curatif (Daue & Crainich, 2010). En effet, en comparaison avec d'autres dépenses, les mesures de prévention sont souvent considérées comme le parent pauvre des systèmes de santé.

L'objectif de ce policy brief est, à travers une revue de la littérature scientifique, de tenter de mieux comprendre ce que l'on entend par prévention et promotion de la santé, de comprendre leurs raisons d'être et leur importance, d'explorer quelques résultats mais aussi d'analyser la prévention et la promotion de la santé dans le cadre institutionnel belge.

APPORTS DE LA LITTÉRATURE³

Définition de la santé, de la prévention et de la promotion de la santé

La **santé** est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Constitution de l'OMS, 1948). Il s'agit donc d'une conception large, qui n'est pas uniquement conçue en opposition à la maladie et qui considère « tant les éléments médicaux stricto sensu que les déterminants de santé et concerne la santé physique comme la santé psychique » (Haute Autorité de Santé, 2015, p. 4).

¹ En 2019, l'espérance de vie en bonne santé (à la naissance) s'élevait à 62,4 ans en Belgique alors que l'espérance de vie (à la naissance) était de 82,1 la même année (Bureau fédéral du Plan, 2023).

² « L'année de vie en bonne santé perdue ou DALY en abrégé est une mesure au niveau de la population du fardeau de la maladie ou de l'incapacité. Les DALYs sont calculés en combinant des mesures de l'espérance de vie ainsi que de la qualité de vie ajustée pendant une maladie ou une incapacité. Plus précisément, le DALY reflète la somme des années de vie perdues (YLL) en raison d'un décès prématuré et des années de vie perdues en raison d'une incapacité (YLD) pour une maladie ou pathologie spécifique » (Sciensano, 2023b).

³ La recherche de sources scientifiques s'est effectuée sur base des mots-clés suivants : prévention de la santé, promotion de la santé, santé publique, efficacité de la prévention, retour sur investissement de la prévention, nudges, etc. Les sources mobilisées, qui s'étendent de 2003 à 2023, sont principalement issues de revues scientifiques ainsi que de rapports officiels.

La **prévention en santé** est définie par l'OMS comme étant « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Cette définition englobe en pratique un large champ de politiques, basées sur des visions parfois différentes de la santé, et pouvant être classifiées de plusieurs façons.

Traditionnellement, on distingue la prévention primaire qui « vise à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, la secondaire à en diminuer la prévalence, la tertiaire à diminuer la prévalence des incapacités chroniques, récidives, complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie, et la quaternaire à protéger les patients d'actes inutiles » (Cambon et al., 2018, p. 9). Selon cette nomenclature, la prévention est envisagée de façon linéaire et en ne prenant en compte que le cadre médical, en référence à la maladie (Cambon et al., 2018; Sholokhova, 2021). Pour dépasser ce cadre de prévention médicale et envisager une vision relationnelle de la prévention, certains suggèrent d'inclure le ressenti du patient dans la nomenclature (Jamouille, 2019). On débouche alors sur la classification illustrée dans le tableau 1 :

		Médecin	
		Pas de maladie	Maladie
Patient	Se sent bien	Prévention I : Action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé d'un patient ou d'une population avant son émergence (ex : vaccination)	Prévention II : Action menée pour prévenir à un stade précoce le développement d'un problème de santé d'un patient ou d'une population en réduisant sa durée ou sa progression (ex : dépistage de l'hypertension)
	Se sent mal	Prévention IV : Action menée 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 acceptables	Prévention III : Action menée pour réduire l'effet et la prévalence d'un problème de santé chronique d'une personne ou d'une population en minimisant le handicap fonctionnel induit par un problème de santé aigu ou chronique (ex : prévention des complications du diabète) inclut la réhabilitation

Tableau 1 : Les quatre définitions de la prévention (Source : Jamouille, 2019)

Une autre classification de la prévention consiste à distinguer les mesures universelles (qui visent toute la population, sans tenir compte de son état de santé), sélectives (qui visent des catégories de personnes comme les individus de plus d'un certain âge, les adolescents, etc.) ou ciblées (qui visent des groupes de personnes présentant des facteurs de risque spécifiques) (Gordon, 1983, as cited in, Cambon et al., 2018; *Définition de la prévention santé : qu'est-ce que c'est ?*, s. d.).

La **promotion de la santé**, telle que conceptualisée dans les chartes d'Ottawa et de Bangkok est un concept plus large que la prévention. Il s'agit du « processus qui permet aux populations d'améliorer la maîtrise de leur santé et de ses déterminants et, par conséquent, de l'améliorer » (Cambon et al., 2018, p. 10). La santé est ici entendue de façon globale, en tenant compte de l'influence des facteurs physiques, psychiques, sociaux et environnementaux (Sholokhova, 2021). Ainsi, la promotion de la santé représente « un processus politique et social qui combine d'une part, des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, et d'autre part, des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique. Il s'agit d'offrir des ressources favorables à la santé ou de réduire les effets négatifs des environnements sur la santé des individus et des populations » (Cambon et al., 2018, p. 10). En proposant une approche transversale et en refusant de considérer la santé comme une affaire individuelle, la

promotion de la santé permet ainsi de mettre en avant des problématiques telles que les inégalités sociales de santé (Sholokhova, 2021). Concrètement, des mesures de promotion de la santé peuvent avoir lieu dans et hors du système de santé (par exemple, dans les domaines du travail, de l'alimentation, de l'éducation, etc.).

Ainsi, prévention et promotion de la santé se distinguent l'une de l'autre. Alors que la prévention se concentre principalement sur le secteur des soins de santé, la promotion de la santé défend une approche intersectorielle, tenant compte des déterminants sociaux de la santé⁴ (Organisation Mondiale de la Santé, 2023). À titre d'exemple, un examen de dépistage du cancer est une mesure de prévention, tandis qu'une campagne d'information sur les risques du cancer et l'importance d'un diagnostic précoce tient plutôt de la promotion de la santé (Sholokhova, 2021). Néanmoins, malgré leurs différences d'approche, il n'en demeure pas moins une certaine porosité entre ces deux concepts, qui se recoupent et partagent des objectifs communs (Cambon et al., 2018). Dans ce policy brief, le terme prévention sera utilisé de façon générique, et désignera tantôt des politiques de prévention *stricto sensu*, tantôt des mesures plus larges de promotion de la santé.

La santé est un bien précieux, et même si de nombreuses avancées ont été faites ces dernières décennies en termes de santé et d'espérance de vie, **des efforts supplémentaires** n'en demeurent pas moins nécessaires. En effet, les années de vie supplémentaires que nous vivons ne se passent pas forcément en bonne santé, comme en témoigne notamment l'écart entre l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé des Belges (Bureau fédéral du Plan, 2023). En effet, en 2019, l'espérance de vie en bonne santé (à la naissance) s'élevait à 62,4 ans en Belgique alors que l'espérance de vie (à la naissance) était de 82,1 la même année (Bureau fédéral du Plan, 2023). Aussi, on estime qu'en 2019, pas moins de 2,3 millions d'années de vie en bonne santé auraient été perdues (DALYs)⁵ et la même année, 644 000 décès prématurés en Union Européenne (UE) auraient pu être évités grâce à de la prévention primaire ou d'autres mesures de santé publique (OECD, 2022). Par ailleurs, d'importantes inégalités de santé sont observées, non seulement dans les résultats mais aussi dans les déterminants de santé. Ainsi, en 2019, l'espérance de vie à la naissance des hommes favorisés était supérieure de 8,9 ans par rapport aux hommes défavorisés. Cet écart était de 6 années pour les femmes (Sciensano, 2022). Concernant les déterminants de santé, on estime qu'en 2018, « les personnes ayant un niveau d'instruction faible étaient trois fois plus susceptibles d'être des fumeurs quotidiens et deux fois plus susceptibles d'être obèses ou de consommer quotidiennement des boissons sucrées que les personnes ayant un niveau d'instruction élevé. Les personnes ayant un niveau d'instruction faible étaient également deux fois moins susceptibles d'avoir une consommation suffisante de fruits/légumes ou de pratiquer suffisamment d'activité physique que les personnes avec un niveau d'instruction élevé » (Sciensano, 2023b).

Quelles motivations à la prévention et promotion de la santé ?

Derrière les politiques de prévention et promotion de la santé peuvent se cacher différentes motivations. Premièrement, ces mesures peuvent être guidées par une motivation sociale, ou « humanitaire » (Nutbeam, 2019; D'Arcy & Meng, 2014, as cited in, Sholokhova, 2022). Il s'agit en effet d'aider les citoyens à vivre plus longtemps en meilleure santé, car la santé est un bien

⁴ « Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les différentes forces et les différents systèmes jouant sur ces circonstances, par exemple les politiques économiques et de développement, les normes sociales, les politiques sociales et les systèmes politiques » (Sholokhova, 2021, p. 54).

⁵ « L'année de vie en bonne santé perdue ou DALY en abrégé est une mesure au niveau de la population du fardeau de la maladie ou de l'incapacité. Les DALYs sont calculés en combinant des mesures de l'espérance de vie ainsi que de la qualité de vie ajustée pendant une maladie ou une incapacité. Plus précisément, le DALY reflète la somme des années de vie perdues (YLL) en raison d'un décès prématuré et des années de vie perdues en raison d'une incapacité (YLD) pour une maladie ou pathologie spécifique » (Sciensano, 2023b).

précieux et il va de soi qu'être en bonne santé est préférable que d'être malade (Sholokhova, 2022).

Un deuxième argument, largement invoqué, est que la prévention permettrait d'éviter des coûts ultérieurs de santé. Il s'agit là de l'argument économique, souvent au cœur des mesures de prévention (Nutbeam, 2019). Dans un même registre, la prévention et la promotion de la santé participeraient à éviter, ou à diminuer, la surcharge des systèmes de soins de santé, souffrant de pénurie de personnel (D'Arcy & Meng, 2014, as cited in, Sholokhova, 2022). Aussi, préserver la santé revient à protéger le marché de l'emploi et l'économie⁶ (Department of Health & Social Care, 2018).

Néanmoins, quelques réserves peuvent être émises concernant ces motivations économiques et pratiques à la prévention. En effet, même si ces arguments sont fondés, ils n'en cachent pas moins une certaine vision de la santé. Parler de prévention comme d'un investissement sous-entend l'idée que la santé serait un capital dont l'accumulation et la préservation seraient assurées par les individus, ce qui revient à faire abstraction du rôle joué par les déterminants socio-économiques et environnementaux (Sholokhova, 2021). De plus, toutes les mesures de prévention n'induisent pas forcément une diminution des coûts (Merkur et al., 2013). Il apparaît dès lors essentiel que cette raison économique ne soit pas l'unique motivation à la prévention (Merkur et al., 2013; Sholokhova, 2022).

Finalement, la prévention et la promotion de la santé peuvent également participer à la diminution des inégalités de santé, qui demeurent importantes en Belgique. La santé est en effet distribuée inégalement et est en partie influencée par des facteurs qui se trouvent en dehors de la maîtrise individuelle, et qui sont le reflet des inégalités sociétales (Sholokhova, 2022). Dans ce contexte, il est essentiel que les mesures de prévention soient « calibrées en fonction du niveau de désavantage », dans une logique d'universalisme proportionné (Sholokhova, 2022, p. 15). Cela est d'autant plus vrai que sans cette attention spécifique, les politiques de prévention prennent le risque de renforcer les inégalités (Baum & Fisher, 2014; Merkur et al., 2013).

Différentes formes de politiques de prévention et de promotion de la santé

Comme énoncé précédemment, la prévention et la promotion de la santé couvrent un large spectre de politiques telles que les campagnes d'éducation à la santé, les campagnes de vaccination, les lois et régulations concernant le tabagisme, les incitations à l'alimentation saine, etc. Celles-ci peuvent cibler les maladies transmissibles, tel que ce fut le cas lors de la crise du Covid-19, ou se focaliser plutôt sur les maladies chroniques comme le diabète, le cancer ou encore l'hypertension artérielle⁷. Aussi, la prévention peut viser les risques de blessures, telles que celles provoquées par les accidents de la route ou du travail (Merkur et al., 2013).

Par ailleurs, la prévention de la santé peut être dans les mains de différents acteurs. Certaines actions de prévention sont mises en place par des médecins généralistes, via de la prévention technique comme la vaccination, ou plus comportementale, comme l'éducation à la santé (Ammi & Béjean, 2010). Comme mentionné précédemment, la prévention et la promotion de la santé peuvent également intervenir en dehors du système de santé. Par exemple, réguler la circulation routière pour diminuer la pollution de l'air est une façon de promouvoir la santé, tout en agissant pour l'environnement. La prévention peut également avoir lieu dans le cadre du travail, pour

⁶ En Belgique, on estime que 455.996 travailleurs salariés et chômeurs étaient en invalidité au 31 décembre 2021, ainsi que 29.439 travailleurs indépendants à la même date (INAMI, s. d.).

⁷ Ces maladies chroniques font en effet peser un lourd fardeau sur les individus et les systèmes de santé (Levine et al., 2019; Merkur et al., 2013). On estime que pas moins d'un Belge sur quatre vit ainsi avec au moins une maladie chronique (Sciensano, 2023c). De plus, en 2021, à peu près la moitié des décès étaient dus à des tumeurs ou des maladies cardiovasculaires (Sciensano, 2023a).

diminuer les risques professionnels mais aussi « sauvegarder la santé et améliorer le bien-être des travailleurs » (*Prévention et protection au travail | Belgium.be*, 2023).

En outre, une distinction importante peut être faite entre les mesures de prévention visant les comportements individuels, et les autres s'attaquant plutôt aux facteurs socio-économiques (Baum & Fisher, 2014). Derrière ces différences d'approche se cache une vision différente de la santé, comme développé plus haut. En effet, les mesures comportementales partent souvent du principe que les mauvais comportements de santé sont induits par une méconnaissance ou par des biais psychologiques. Dans cette logique, la responsabilité de la santé incombe aux individus, en ignorant les contraintes externes empêchant les individus de modifier leurs comportements (Baum & Fisher, 2014). Parmi les mesures comportementales, une forme particulière de politique semble avoir le vent en poupe : les nudges. En effet, de nombreux programmes de ce type ont vu le jour avec comme objectif de promouvoir la santé des individus⁸. Les nudges sont des stratégies d'incitation, définies par Thaler et Sustein comme « un paternalisme, qui n'interdit rien et ne restreint les options de personne [...] visant à aider les individus à prendre des décisions qui améliorent leur vie » (Thaler & Sunstein, 2008, p. 304). « Le principe est d'établir une « voie royale » vers le meilleur choix et/ou de dresser des obstacles sur la route de la mauvaise option » (Mannaerts, 2019, p. 10). Ces mesures partent du principe qu'il existe un écart entre les intentions des individus et leurs comportements, provoqués par un ensemble de biais cognitifs (Adusumalli et al., 2020). Elles entendent dès lors jouer sur ces biais pour influencer les comportements dans la « bonne direction ».

Les nudges séduisent les pouvoirs publics par leur efficacité⁹ mais aussi leur coût d'implémentation généralement peu élevé. Néanmoins, l'application des nudges en prévention et promotion de la santé soulève de nombreuses questions éthiques, induites par le caractère profondément identitaire, intime et individuel de la santé (Cambon, 2016; Mannaerts, 2019). En effet, en modifiant nos pensées et nos comportements, ces mesures s'éloignent du principe de citoyenneté critique promue par la promotion de la santé. De plus, elles reposent sur les préceptes du paternalisme, ayant tendance à infantiliser les citoyens, et de l'individualisme, s'appuyant sur la responsabilité individuelle de chacun à œuvrer pour sa santé. Or, « plusieurs décennies de recherche en santé publique ont mis en évidence que la voie du comportementalisme ne permet pas d'améliorer durablement la santé de toutes et tous, et que ce sont les déterminants de santé structurels, dépendant avant tout de l'action publique, qui pèsent majoritairement sur la santé¹⁰ » (Mannaerts, 2019, p. 12). Notons que cette dernière critique est valable non pas uniquement pour les nudges, mais pour toutes les mesures de prévention et promotion agissant via les comportements individuels (Baum & Fisher, 2014).

Quelle efficacité et à quel prix ?

Comme mentionné plus haut, il existe de multiples façons de faire de la prévention et de la promotion de la santé. Mais ces politiques remplissent-elles leur mission de préserver la santé des citoyens ? Et à quel prix ? Tout d'abord, il est important de préciser que l'évaluation des effets des mesures de prévention et de promotion de la santé n'est pas une tâche aisée, surtout si celles-ci considèrent la santé au sens large. Cette difficulté s'explique par le fait que les effets de telles politiques mettent du temps à se matérialiser, qu'ils sont plutôt d'ordre qualitatif et qu'étant

⁸ Le Nutri-score apposé sur les emballages alimentaires est un exemple de nudge de ce type. Celui-ci ne simplifie pas uniquement les informations nutritionnelles en classant les aliments ; il s'appuie également sur un référent culturel intériorisé : « le signal vert est associé à ce qui est autorisé, le rouge, à ce qui est interdit. Dès lors, consommer un aliment classé rouge s'assimilerait à braver un interdit » (Mannaerts, 2019, p. 11).

⁹ Celle-ci peut toutefois être remise en question, voir par exemple Cambon, 2016.

¹⁰ Pour reprendre l'exemple du Nutri-score, Mannaerts (2019, p. 12) souligne que si celui-ci « n'est pas associé à d'autres stratégies, si le pouvoir public ne se penche pas simultanément sur la qualité de l'offre alimentaire et sur son coût, s'il n'agit pas sur les conditions de vie dans lesquelles s'inscrivent les choix, ce nudge nourrira une forme de marginalisation ».

donné la multiplicité des facteurs pris en compte, un lien de cause à effet ne peut pas toujours être établi (Sholokhova, 2021). Malgré cette difficulté, de nombreuses mesures de prévention et de promotion de la santé sont considérées comme efficaces, telles que l'augmentation du prix des cigarettes ou de l'alcool, la régulation de la publicité de nourriture adressée aux enfants ou encore les limitations de vitesse sur les routes (Levine et al., 2019; Merkur et al., 2013). Ainsi, certains « plaident en faveur de l'utilisation de mesures universelles de réglementation, de taxation ou de planification pour s'attaquer aux facteurs structurels qui influencent la prévalence des comportements à risque pour la santé ou le degré de risque encouru, y compris les incitations par les prix, les contrôles de la publicité ou des ventes ou la réglementation des normes alimentaires » (Baum & Fisher, 2014, p. 219-220). Mensah et al. (2003) insistent aussi sur le rôle efficace des lois en matière de prévention. Une étude australienne a par ailleurs montré que des mesures rentables telles que la taxation sur l'alcool, le tabac et la nourriture peu saine ou encore la mise en place d'une limitation obligatoire de la teneur en sel de trois produits alimentaires de base pouvaient avoir un effet considérable, soit plus de 100 000 DALYs évitées par intervention (Vos et al., 2010). Des mesures comme le dépistage du prédiabète, des maladies rénales chroniques et de la faible densité minérale osseuse chez les femmes âgées auraient quant à elles un effet modéré (entre 10,000 et 100,000 DALYs évités par intervention).

Par ailleurs, d'autres mettent en avant l'efficacité des mesures comportementales telles que les nudges en prévention de la santé pour orienter les comportements (Friedman & Wilson, 2022; Möllenkamp et al., 2019). Toutefois, cette efficacité peut être nuancée (Cambon, 2016; Carrera et al., 2018), en particulier lorsqu'il s'agit de diminuer les inégalités de santé (Ball, 2015; Baum & Fisher, 2014). Baum & Fisher (2014) estiment ainsi que les mesures comportementales peuvent avoir un effet positif sur le comportement de personnes favorisées, mais qu'elles se révèlent au contraire inefficaces pour les personnes issues de milieu défavorisé, et tendent dès lors à renforcer les inégalités de santé déjà présentes. Une récente étude de l'Agence intermutualiste évaluant les trajets de soins bucco-dentaires¹¹ en Belgique montre par exemple que ce mécanisme d'incitation aux soins dentaires pénalisait financièrement davantage les bénéficiaires les moins favorisés (bénéficiaires de l'intervention majorée et de plus de 60 ans) et faisait diminuer leur représentation parmi les groupes les mieux suivis (Rygaert et al., 2023). Ball (2015) nuance toutefois cette critique des mesures comportementales, en affirmant que, si celles-ci sont bien conçues et prennent en compte dans leur fonctionnement les déterminants sociaux de la santé, elles peuvent alors agir positivement sur les comportements des personnes de niveau socio-économique faible.

Enfin, pour que les mesures de prévention et de promotion de la santé soient efficaces, il semble important que celles-ci ne soient pas mises en place de façon isolée mais qu'elles soient au contraire combinées entre elles, pour se renforcer l'une l'autre (Kopelman, 2011; Mensah et al., 2003; Merkur et al., 2013)

D'un point de vue financier, le rapport coûts-bénéfices des mesures de prévention a été étudié par quelques auteurs, même si celui-ci n'est pas aisé à évaluer (Ammi & Béjean, 2010). Car si l'objectif principal de la prévention est l'amélioration de l'état de santé des populations, la réduction des coûts reste régulièrement invoquée. Au travers d'une revue systématique de la littérature analysant plus de 500 articles et quelques 1 500 ratios coûts-efficacité (dont 279 de mesures préventives), Cohen et al. (2008) trouvent que les mesures de prévention sont souvent « rentables », c'est-à-dire que les bénéfices encourus sont suffisamment larges au regard des coûts, mais qu'elles ne permettent pas toujours de réaliser des économies¹². De plus, il apparaît que les ratios coûts-efficacité des mesures préventives sont relativement similaires à ceux des

¹¹ Afin d'inciter le recours aux soins dentaires, ce mécanisme instaure une pénalité financière aux personnes qui ne consultent pas régulièrement le dentiste. Il s'agit donc de responsabiliser financièrement les patients sur leur comportement de santé.

¹² Il s'agit ici de la distinction entre des mesures dites « cost-effective » et des mesures « cost-saving » (Frakt, 2011).

mesures curatives et que ceux-ci s'étendent sur tout le spectre des ratios coûts-efficacité, comme le montre la figure 1. De leur côté, Masters et al. (2017) estiment que le retour sur investissement médian¹³ des politiques de santé publique serait de 14,3. Autrement dit, chaque euro investi dans ces politiques rapporterait 14,3 €. De plus, les auteurs soulignent que des mesures ponctuelles et réalisées au niveau

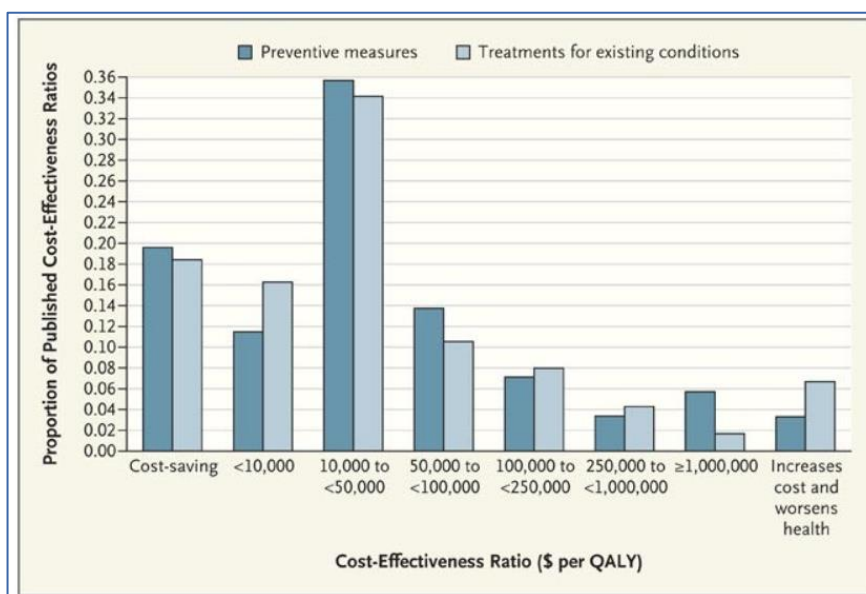


Figure 2 : Distribution des ratios coûts-efficacité des mesures préventives et curatives (Source : Cohen et al., 2008)

national telles que la vaccination ou l'introduction d'une taxe rapportent souvent un meilleur retour sur investissement. En outre, une étude s'intéressant spécifiquement aux mesures de promotion de la santé sur le lieu de travail conclut que le retour sur investissement¹⁴ moyen de ces mesures est positif (Baxter et al., 2014). Vos et al. (2010) ont par ailleurs évalué le rapport entre les coûts de la prévention et le nombre de DALYs évitées grâce à celle-ci et sont arrivés à la conclusion que de nombreuses mesures de prévention présentaient un bon, voire très bon, rapport coût-efficacité¹⁵. Toutefois, les auteurs insistent sur le fait que toutes les politiques analysées ne sont pas « rentables »¹⁶, ce qui ne signifie pas pour autant qu'elles ne valent pas la peine d'être mise en place, notamment pour des questions d'équité et d'amélioration de la santé. Car comme précisé précédemment, l'angle financier ne peut être le seul employé pour déterminer la pertinence d'une mesure de prévention et de promotion de la santé.

Prévention et promotion de la santé dans le cadre institutionnel belge

Cette partie se consacre à l'analyse de la prévention et la promotion de la santé en Belgique. En 2019, seul 1,7 % des dépenses courantes de santé belges auraient été attribuées à la prévention selon la méthodologie *Système de comptes de la santé* de l'OCDE (SCS)¹⁷ (OECD, 2023). Ce pourcentage est comparable à celui d'autres pays la même année comme la France (1,9 %), le Portugal (1,8 %) ou l'Autriche (2,1 %) mais est en dessous de la moyenne de l'Union européenne (3,1 %)¹⁸ (OCDE & European Observatory on Health Systems and Policies, 2019; OECD, 2023). En comparaison avec les autres fonctions, les montants alloués aux dépenses de prévention et promotion de la santé semblent plutôt faibles. Par exemple, en 2019, les soins hospitaliers curatifs et de réadaptation représentaient quelques 36,8 % des dépenses courantes belges et les

¹³ Le ratio du retour sur investissement étant les bénéfices moins les coûts, le tout divisé par les coûts.

¹⁴ Le retour sur investissement étant calculé de la sorte : (les bénéfices – les coûts du programme) / les coûts du programme.

¹⁵ Les auteurs ont déterminé un seuil de 50 000 \$ par DALYs évitées pour déterminer si une intervention était "rentable" ou non.

¹⁶ C'est également l'avis de Russell (2009) qui insiste sur l'importance de bien choisir la fréquence ainsi que les groupes-cibles des mesures de prévention pour en améliorer la rentabilité.

¹⁷ Voir le policy brief de comparaison du financement des systèmes de santé des pays fédéraux pour plus de détails sur cette méthode et sur la distribution des dépenses courantes de santé belges.

¹⁸ Parmi les pays de l'Union européenne, l'Italie alloue la plus grosse part de ses dépenses courantes à la prévention, suivie de la Finlande (soit 4,7 % et 4,0 % respectivement en 2019) (OECD, 2023).

soins de longue durée et à domicile, 23,7 % (Eurostat, 2023). Signalons tout de même que les montants dédiés à la prévention sont probablement sous-estimés car « certains éléments de l'assurance-obligatoire maladie-invalidité ne se retrouvent pas sous la rubrique « prévention » du calcul SCS » (Sholokhova, 2021, p. 50). De plus, la méthode SCS analyse l'allocation des dépenses du budget santé, or, comme mentionné plus haut, la prévention peut être financée par d'autres budgets que celui de la santé (Merkur et al., 2013; Sholokhova, 2021)¹⁹. Autrement dit, seule la prévention institutionnelle est mesurée ici, en « excluant les mesures non médicales (sécurité routière, éducation, environnement ou logement), mais aussi les actions de prévention réalisées au cours de consultations médicales ordinaires » (Barnay, 2012, p. 192).

Mais peut-on affirmer que ces montants sont trop faibles au regard des résultats de santé ? Sholokhova (2021, p. 53) estime que « si l'on supposait que la performance du système reflète la suffisance ou, au contraire, l'insuffisance de son financement, dans ce cas, sur base des analyses du KCE²⁰, on pourrait dire que le système de prévention et promotion de la santé en Belgique n'est pas suffisamment soutenu » (Sholokhova, 2021, p. 53). Par ailleurs, un rapport de l'OCDE et de l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé affirme qu'au vu des niveaux de mortalité évitable et traitable en Belgique (le premier était légèrement inférieure à la moyenne européenne alors que le deuxième est beaucoup plus faible), il serait opportun de renforcer les mesures de prévention²¹ (OCDE & European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Plusieurs éléments permettent d'expliquer le déséquilibre des moyens alloués entre le préventif et le curatif (Daue & Crainich, 2010). Un premier argument est lié au fait que les résultats de la prévention sont différés dans le temps, et non immédiats. Il est dès lors fort probable que les bénéfiques de ce type d'intervention ne se manifestent pas lors de la même législature que celle de leur mise en place (Masters et al., 2017). Cette caractéristique centrale a pour effet de freiner les investissements des gouvernements dans des programmes de prévention, que ce soit en Belgique ou ailleurs. De plus, les effets de ces politiques sont souvent perçus comme trop faibles que pour influencer les intentions de vote des individus (Masters et al., 2017).

À un niveau plus micro, il semblerait aussi que le système soit organisé de telle sorte que les professionnels de la santé sont financièrement incités à traiter les problèmes, plus qu'à les prévenir (Ammi & Béjean, 2010; Levine et al., 2019). Pour résoudre cela, certains suggèrent de mettre en place des incitations financières à la prévention, notamment à destination des médecins généralistes. En France par exemple, une facturation majorée²² est permise pour des consultations complexes telles que les consultations de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans et les consultations de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité (Metten et al., 2021). Néanmoins, les avis des médecins généralistes français sur ces consultations sont partagés.

Le dernier argument est quant à lui spécifique au contexte belge. En effet, l'architecture institutionnelle complexe du pays implique une répartition fragmentée de la compétence entre les différentes entités (autorité fédérale, Communautés et Régions), qui ne facilite pas la mise en place de mesures de prévention. En théorie, depuis la réforme de 1980, la prévention de la santé est aux mains des Communautés, la 6^{ème} réforme ayant encore élargi le spectre des compétences de prévention exercées par les Communautés. Néanmoins, la réalité est bien plus contrastée car

¹⁹ Ces remarques ne s'appliquent pas uniquement à la Belgique et ne remettent donc pas en question la comparaison des pays selon la méthode SCS.

²⁰ Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

²¹ La mortalité évitable est la mortalité pouvant être évitée grâce à des politiques de santé publique et de prévention primaire, tandis que la mortalité traitable fait référence à la mortalité qui peut être évitée au moyen de traitements de soins de santé (OCDE & European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

²² Pour plus d'informations : <https://www.ameli.fr/paris/assure/remboursements/rembourse/consultations-telemedecine/metropole>

en pratique, chaque entité fédérée développe sa propre politique de prévention et promotion de la santé, et l'autorité fédérale demeure compétente pour certains aspects de la prévention (Sholokhova, 2021). Cela est notamment lié au fait que « les compétences en prévention et promotion de la santé sont souvent inscrites au sein d'autres compétences et dépendent donc du niveau auquel ces dernières se trouvent » (Sholokhova, 2021, p. 46). Cette répartition complexe est perçue comme un frein à la mise en place de programmes de prévention car elle induit « un sérieux problème d'incitation économique » (Daue & Crainich, 2010). En effet, un tel partage des compétences implique que les entités en charge de mettre en place ces programmes ne sont pas (forcément) celles qui en percevront les bénéfices financiers²³ (Daue & Crainich, 2010). Par ailleurs, il est important de remarquer que cette fragmentation institutionnelle entraîne des divergences importantes dans la vision de la santé véhiculée par les politiques de prévention, complexifiant encore plus le système et empêchant le développement d'une politique cohérente. Ainsi, alors que les acteurs de terrain (au niveau régional et communautaire) ont plutôt tendance à adopter une vision large de la santé, en tenant compte de facteurs sociaux, économiques, etc., les administrations et les autorités fédérales se concentrent sur une approche médicale de la prévention (Sholokhova, 2021, 2022).

IMPLICATIONS EN MATIÈRE DE POLITIQUE PUBLIQUE

On entend souvent qu'en matière de santé, il vaut mieux prévenir que guérir. Pourtant, il semblerait que la prévention reste trop peu considérée au regard des soins curatifs (Levine et al., 2019; Masters et al., 2017; Nutbeam, 2019; Sholokhova, 2021), notamment en Belgique (Eurostat, 2023; OECD, 2022). Ce sous-investissement s'explique par des caractéristiques propres à la prévention et à nos systèmes de santé, mais aussi par l'architecture complexe de notre pays. Or, l'analyse de quelques statistiques de santé belges montre qu'il reste une marge d'amélioration en termes d'état de santé général des citoyens, mais aussi concernant la diminution de l'écart de santé qui se creuse entre les plus aisés et les moins aisés. Dans cet effort, la prévention et promotion de la santé peuvent jouer un rôle essentiel, à condition d'y intégrer une compréhension fine des déterminants de la santé (Nutbeam, 2019).

Concernant l'éclatement de la compétence de prévention entre les entités belges, Daue & Crainich (2010) suggèrent deux solutions, qu'ils perçoivent toutefois comme « politiquement compliquées ». La première consisterait à renvoyer toutes les compétences en matière de santé dont la politique de prévention vers le niveau fédéral ou le niveau communautaire. Toutefois, cette première proposition semble la plus difficile à soutenir politiquement, mais aussi socialement et économiquement dans le cadre d'un transfert communautaire. Une deuxième solution serait de faire en sorte que le gouvernement fédéral incite les Communautés à investir dans des mesures de prévention, étant donné qu'il bénéficie des effets de telles mesures. Les auteurs suggèrent par exemple la mise en place d'une compensation financière conditionnelle aux dépenses des Communautés, ou aux résultats de santé obtenus (Daue & Crainich, 2010). Même si cette proposition présente des limites²⁴, elle n'en reste pas moins intéressante à investiguer.

En outre, pour que la prévention soit efficace et remplisse ses objectifs, la littérature souligne qu'il est important que les politiques ne soient pas conçues de façon isolée, mais qu'elles soient au contraire combinées entre elles, pour se renforcer l'une l'autre (Kopelman, 2011; Mensah et al., 2003; Merkur et al., 2013). Aussi, il est important qu'une réflexion soit faite sur la vision de la santé sous-entendue par la prévention. Dans ce contexte, même si les mesures comportementales peuvent être utiles, un usage modéré et sous conditions²⁵ est préconisé, étant donné leur

²³ La diminution des coûts de traitements gérés par l'assurance maladie.

²⁴ Notamment concernant la qualité des mesures de santé, et le fait que l'état de santé est influencé par une série de facteurs en dehors du contrôle du gouvernement actuel.

²⁵ Par exemple, une condition de transparence pour les nudges.

tendance à considérer la santé de façon individualiste, en faisant abstraction des déterminants sociaux (Mannaerts, 2019). En effet, les politiques comportementales ne peuvent être envisagées comme l'unique solution aux comportements risqués pour la santé, au risque sinon de dédouaner « l'État de prendre des dispositions plus coûteuses budgétairement, mais plus impactantes sur la santé des populations » (Mannaerts, 2019, p. 9). Dans une optique de diminution des inégalités de santé, les mesures de prévention se doivent aussi d'être « calibrées en fonction du niveau de désavantage », dans une logique d'universalisme proportionné (Sholokhova, 2022, p. 15).

Finalement, une approche globale de la santé, qui ne considère pas la médecine interventionniste et curative comme l'unique solution et qui met en avant des mesures de prévention serait souhaitable (Colard, 2019). Par ailleurs, afin de tenir compte du fait que les grands enjeux de santé sont à la fois complexes et liés entre eux via les déterminants sociaux de la santé, certains suggèrent d'adopter une approche dite de « santé dans tous les politiques » (Baum & Fisher, 2014; Merkur et al., 2013; Sholokhova, 2021), qui consiste en « une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé » (Déclaration de Helsinki sur la santé dans toutes les politiques., 2013). Cette approche pourrait se révéler pertinente dans la prise en charge des inégalités sociales de santé.

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

- ▶ Baum, F., & Fisher, M. (2014). Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 213-225. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12112>
- ▶ Merkur, S., Sassi, F., & McDaid, D. (2013). *Promoting health, preventing disease : Is there an economic case?* (No 6). European Observatory on Health Systems and Policies.
- ▶ Sholokhova, S. (2021). *Prévention et promotion de la santé* (No 283; MC Informations). Service d'études Mutualité chrétienne.
- ▶ Sholokhova, S. (2022). *Prévention dans le domaine de la santé mentale* (No 3; Santé & Société). Service d'études Mutualité chrétienne.



Département d'économie
appliquée de l'ULB

dulbea.ulb.be

+32 (2) 650 41 11 • dulbea@ulb.be
Avenue Franklin D. Roosevelt 50, CP140
B-1050 Brussels

 [@dulbea_ulb](https://twitter.com/dulbea_ulb)

 [Dulbea ULB](#)

 [Dulbea ULB](#)

BIBLIOGRAPHIE

- Adusumalli, S., Aragam, G., & Patel, M. (2020). A Nudge Towards Cardiovascular Health : Applications of Behavioral Economics for Primary and Secondary Cardiovascular Prevention. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*, 22(9), 24. <https://doi.org/10.1007/s11936-020-00824-y>
- Ammi, M., & Béjean, S. (2010). Les incitations à la prévention peuvent-elles être efficaces en médecine libérale ? *Journal d'économie médicale*, 28(1), 3-17. <https://doi.org/10.3917/jgem.101.0003>
- Ball, K. (2015). Traversing myths and mountains : Addressing socioeconomic inequities in the promotion of nutrition and physical activity behaviours. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12, 142. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0303-4>
- Barnay, T. (2012). Prévention et vieillissement en bonne santé : Un regard économique. *Gérontologie et société*, 35(HS 1), 185-203. <https://doi.org/10.3917/g.s.hs01.0185>
- Baum, F., & Fisher, M. (2014). Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 213-225. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12112>
- Baxter, S., Sanderson, K., Venn, A. J., Blizzard, C. L., & Palmer, A. J. (2014). The relationship between return on investment and quality of study methodology in workplace health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 28(6), 347-363. <https://doi.org/10.4278/ajhp.130731-LIT-395>
- Bureau fédéral du Plan. (2023). *indicators.be—Espérance de vie en bonne santé*. https://indicators.be/fr/i/G03_HLY/Esp%C3%A9rance_de_vie_en_bonne_sant%C3%A9
- Cambon, L. (2016). Le nudge en prévention... troisième voie ou sortie de route ? *Santé Publique*, 28(1), 43-48. <https://doi.org/10.3917/spub.161.0043>
- Cambon, L., Alla, F., & Chauvin, F. (2018). Des ressources et des méthodes partagées. In *Prévention et promotion de la santé. Une responsabilité collective*.

- Carrera, M., Royer, H., Stehr, M., Sydnor, J., & Taubinsky, D. (2018). The limits of simple implementation intentions : Evidence from a field experiment on making plans to exercise. *Journal of Health Economics*, 62, 95-104.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.09.002>
- Cohen, J. T., Neumann, P. J., & Weinstein, M. C. (2008). Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates. *New England Journal of Medicine*, 358(7), 661-663. <https://doi.org/10.1056/NEJMp0708558>
- Colard, F. (2019, janvier). *Penser la santé autrement : Vers une approche globale et féministe ? - Éducation Santé*. Éducation Santé. <https://educationsante.be/penser-la-sante-autrement-vers-une-approche-globale-et-feministe/>
- Daue, F., & Crainich, D. (2010, février). *La prévention des maladies est sous-développée en Belgique—Éducation Santé*. <https://educationsante.be/>. <https://educationsante.be/la-prevention-des-maladies-est-sous-developpee-en-belgique/>
- Définition de la prévention santé : Qu'est-ce que c'est ?* (s. d.). AG2R LA MONDIALE. Consulté 20 mars 2023, à l'adresse <https://www.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/conseil-la-prevention-sante-qu-est-ce-que-c-est>
- Department of Health & Social Care. (2018). *Prevention is better than cure*.
- Eurostat. (2023). *Health care expenditure by function*. Eurostat Databrowser.
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HC__custom_5011924/default/table?lang=en
- Frakt, A. (2011, octobre 11). Cost-savings vs. Cost-effectiveness and preventative care. *The Incidental Economist*. <https://theincidentaleconomist.com/wordpress/cost-savings-vs-cost-effectiveness-and-preventative-care/>
- Friedman, W., & Wilson, N. (2022). Can nudging overcome procrastinating on preventive health investments? *Economics & Human Biology*, 45, 101040.
<https://doi.org/10.1016/j.ehb.2021.101040>

Haute Autorité de Santé. (2015). *Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives.*

INAMI. (s. d.). *Statistiques des indemnités 2021*. Consulté 29 mars 2023, à l'adresse <https://www.riziv.fgov.be/fr/statistiques/indemnitees/2021/Pages/default.aspx>

Jamouille, M. (2019). Le concept de prévention quaternaire et la responsabilité sociétale des facultés de médecine. In C. Boelen, M. Cauli, & J. Ladner (Éds.), *Dictionnaire francophone de responsabilité sociale en santé* (Presses Universitaires Rouen Le Havre).

Kopelman, P. (2011). Debate : Tackling obesity—to 'nudge' or to 'shove'? *Public Money & Management*. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540962.2011.586224>

Levine, S., Malone, E., Lekachvili, A., & Briss, P. (2019). Health Care Industry Insights : Why the Use of Preventive Services Is Still Low. *Preventing Chronic Disease, 16*, E30. <https://doi.org/10.5888/pcd16.180625>

Mannaerts, D. (2019). *Nudge et promotion de la santé : Sommes-nous libres de nos choix ?* (359). Éducation Santé.

Masters, R., Anwar, E., Collins, B., Cookson, R., & Capewell, S. (2017). Return on investment of public health interventions : A systematic review. *J Epidemiol Community Health, 71*(8), 827-834. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208141>

Mensah, G. A., Goodman, R. A., Zaza, S., Moulton, A. D., Kocher, P. L., Dietz, W. H., Pechacek, T. F., & Marks, J. S. (2003). Law as a Tool for Preventing Chronic Diseases : Expanding the Spectrum of Effective Public Health Strategies. *Preventing Chronic Disease, 1*(1), A13.

Merkur, S., Sassi, F., & McDaid, D. (2013). *Promoting health, preventing disease : Is there an economic case?*(6). European Observatory on Health Systems and Policies.

Metten, M.-A., Buyck, J.-F., & David, S. (2021). *Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention* (1197; Études et Résultats). Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/er1197.pdf>

- Möllenkamp, M., Zeppernick, M., & Schreyögg, J. (2019). The effectiveness of nudges in improving the self-management of patients with chronic diseases : A systematic literature review. *Health Policy*, *123*(12), 1199-1209.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.09.008>
- Nutbeam, D. (2019). Promoting health, preventing disease—Making it happen. *Public Health Research & Practice*, *29*(4), 2931917. <https://doi.org/10.17061/phrp2941930>
- OCDE & European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). *Belgium Country Health Profile 2019* (State of Health in the EU). OCDE.
- OECD. (2022). *Health at a Glance : Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. Organisation for Economic Co-operation and Development. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en
- OECD. (2023). *Health expenditure and financing*. OECD Statistics. <https://stats.oecd.org/>
- Déclaration de Helsinki sur la santé dans toutes les politiques., (2013).
- Organisation Mondiale de la Santé. (2023). *Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity*. World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. <http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>
- Prévention et protection au travail | Belgium.be*. (2023). Belgium.be.
https://www.belgium.be/fr/emploi/sante_et_bien-etre/prevention
- Russell, L. B. (2009). Preventing chronic disease : An important investment, but don't count on cost savings. *Health Affairs (Project Hope)*, *28*(1).
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.42>
- Rygaert, X., Guillaume, J., Delvenne, D., De Paepe, R., & Vandeleene, G. (2023). *Évaluation du trajet de soins buccaux*. Agence Intermutualiste.
- Constitution de l'OMS, (1948). <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

Sciensano. (2022, août 30). *Espérance de vie*. Vers une Belgique en bonne santé.

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/esperance-de-vie-et-qualite-de-vie/esperance-de-vie>

Sciensano. (2023a, janvier 27). *Mortalité et cause de décès*. Vers Une Belgique En Bonne Santé.

<https://www.healthybelgium.be/en/health-status/mortality-and-causes-of-death>

Sciensano. (2023b, février 14). *Années de vie en bonne santé perdues*. Vers une Belgique en

bonne santé. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/fardeau-de-la-maladie/annees-de-vie-en-bonne-sante-perdues>

Sciensano. (2023c, février 14). *Maladies non transmissibles*. Vers Une Belgique En Bonne Santé.

<https://www.healthybelgium.be/en/health-status/non-communicable-diseases>

Sholokhova, S. (2021). *Prévention et promotion de la santé* (283; MC Informations). Service d'études Mutualité chrétienne.

Sholokhova, S. (2022). *Prévention dans le domaine de la santé mentale* (3; Santé & Société).

Service d'études Mutualité chrétienne.

Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2008). *Nudge : Improving decisions about health, wealth, and happiness* (p. x, 293). Yale University Press.

Vos, T., Carter, R., Barendregt, J., Mihalopoulos, C., Veerman, L., Magnus, A., Cobiac, L., Bertram, M., & Wallace, A. (2010). *Assessing Cost-Effectiveness in Prevention*. ACE-Prevention.