



# Prévention primaire : quels enjeux aujourd'hui ?

Journée d'accompagnement de l'appel à projets  
« Prévention primaire »  
Vendredi 27 septembre 2013

Pierre LOMBRAIL. PU (Université Paris 13 – Sorbonne Paris Cité, EA 3412), PH (GH Paris Seine S-Denis, AP-HP) de santé publique.

# Mon plan

- **Enjeux de définition** : de quoi parle-t-on (ou pas), quelles cibles désigne-t-on (ou pas) ? Prévenir la maladie, la mort, les handicaps et (ou) promouvoir la santé ?
- **Enjeux de stratégie** : mesures universelles – spécifiques / ciblées ; interventions cliniques, comportementales ou environnementales. Peut-on dépasser les « paradoxes de la prévention » ? Pour un « inequality case »
- **Enjeux de mise en œuvre et d'évaluation** : quels professionnels / structures, avec quel accompagnement ? quelles dimensions (efficacité, efficacité, équité) ? quels indicateurs, quels protocoles ? Faut-il, peut-on sortir du paradigme positiviste médical ?
- **Enjeux éthiques** : « la santé publique doit-elle promouvoir ses propres valeurs ou doit-elle être à l'écoute des valeurs partagées par la société ? » (Massé, 2003)
  - Autant d'enjeux de / pour la recherche

# **Enjeux de définition**

# Le champ

- « La prévention primaire intervient *avant l'apparition de la maladie* et a pour objectif d'en empêcher la survenue. Elle joue clairement sur l'incidence. » (San Marco J-L, in Traité de prévention. Bourdillon (dir). Flammarion2009).
- Il ne s'agit donc :
  - ni de dépistage de maladies (*caries chez les enfants, cancers chez les 50-74 ans, insuffisance coronarienne latente chez la personne diabétique par exemple ; (P2aire)*) ;
  - ni de prévention des rechutes ou récurrences (*d'une hémorragie sous anti-coagulants ou d'une poussée d'insuffisance cardiaque par l'éducation thérapeutique par exemple ; (P3-4aire)*)
  - Il ne s'agit pas non plus de protection\* ni de précaution ni de promotion de la santé ; voire...
- « Les politiques publiques doivent promouvoir un développement durable. À cet effet, elles concilient la **protection** et la mise en valeur de l'environnement, le développement économique et le progrès social. » Article 6 de la Charte de l'environnement.

# Le champ (suite) : quelles cibles ?

- L'accent mis dans l'appel à projets sur l'importance de changer les comportements réfère implicitement à la **réduction de la mortalité évitable**, « prématurée » ou non, liée majoritairement aux maladies cardio-vasculaires et aux cancers (« *Maladies cardio-vasculaires et cancer, une seule et même prévention. Agir contre le tabagisme, l'alcoolisme, la malbouffe et la sédentarité permet de lutter contre les deux risques.* (RéGINE Artois. Le Monde, 4 novembre 2011) »)
- La prévention primaire s'adresse-t-elle aux seuls facteurs de risque (FDR) comportementaux de « **mortalité évitable par les pratiques de prévention primaire** » (les « SNAP » des Anglo-Saxons, anciens « comportements à risque individuels » du HCSP) ?
- Ou prend-elle en compte l(e dépistage d)es FDR « biologiques » comme hypertension artérielle et hypercholestérolémie, en accord avec la plupart des publications internationales (Ezzati et Riboli, 2012 ; di Cesare et al, 2013), même si le HCSP les considère comme FDR de « **mortalité évitable liée au système de soins et de dépistage** » ?\*

# Le champ (suite) : quelles cibles ?

- L'accent mis dans l'appel à projets sur l'importance de changer les comportements réfère implicitement à la **réduction de la mortalité évitable**, « prématurée » ou non, liée majoritairement aux maladies cardio-vasculaires et aux cancers (bis)
- **D'autres causes de mortalité, mais aussi d'incapacité ou d'altération de la qualité de vie, échappent à ce paradigme dominant :**
  - la transition épidémiologique n'a éteint ni les périls **infectieux** ni les **accidents** (routiers, du travail, domestiques) et leurs conséquences
  - La **perte d'autonomie** des personnes âgées ou handicapées n'est pas une maladie et elle doit pourtant être prévenue.
  - La **souffrance psychique** n'est pas une maladie, elle nécessite pourtant d'être prévenue, en milieu de travail notamment.

# Le champ (suite) : quels buts ?

- **La santé est-elle seulement l'absence de maladie ?...**  
Selon la Charte d'Ottawa (1986), « c'est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une **ressource de la vie quotidienne**, et non comme le but de la vie... Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles. »
- La prévention doit-elle s'intéresser aussi aux **facteurs protecteurs / promoteurs de santé** – ressource de la vie quotidienne ?

# Enjeux de stratégie



# Stratégies : quelle(s) approche(s) ?

- **Trois approches classiques** (Teutsch SM, CDCs, MMWR 1992;41:1-12) :
  - **clinique** (un geste : vaccination, scellement des sillons des dents provisoires, ...)
  - **comportementale** (éducation pour la santé, information, marketing social, interdiction légale, ...)
  - **environnementale** (environnement physique, mais aussi humain et social ; développement durable)
- Mais :
  - La **clinique** peut aussi s'intéresser aux comportements (conseils ou interventions brefs) et à l'environnement de vie des patients
  - **Comportements** : les changer ou permettre aux personnes de faire des choix éclairés ? En renforçant leur compétences individuelles (psycho-sociales) et l'action communautaire
  - **Environnement** physique et humain : associer une logique de promotion à celle de protection pour faciliter les choix favorables à la santé et créer des cadres de vie et de travail protecteurs / promoteurs de santé

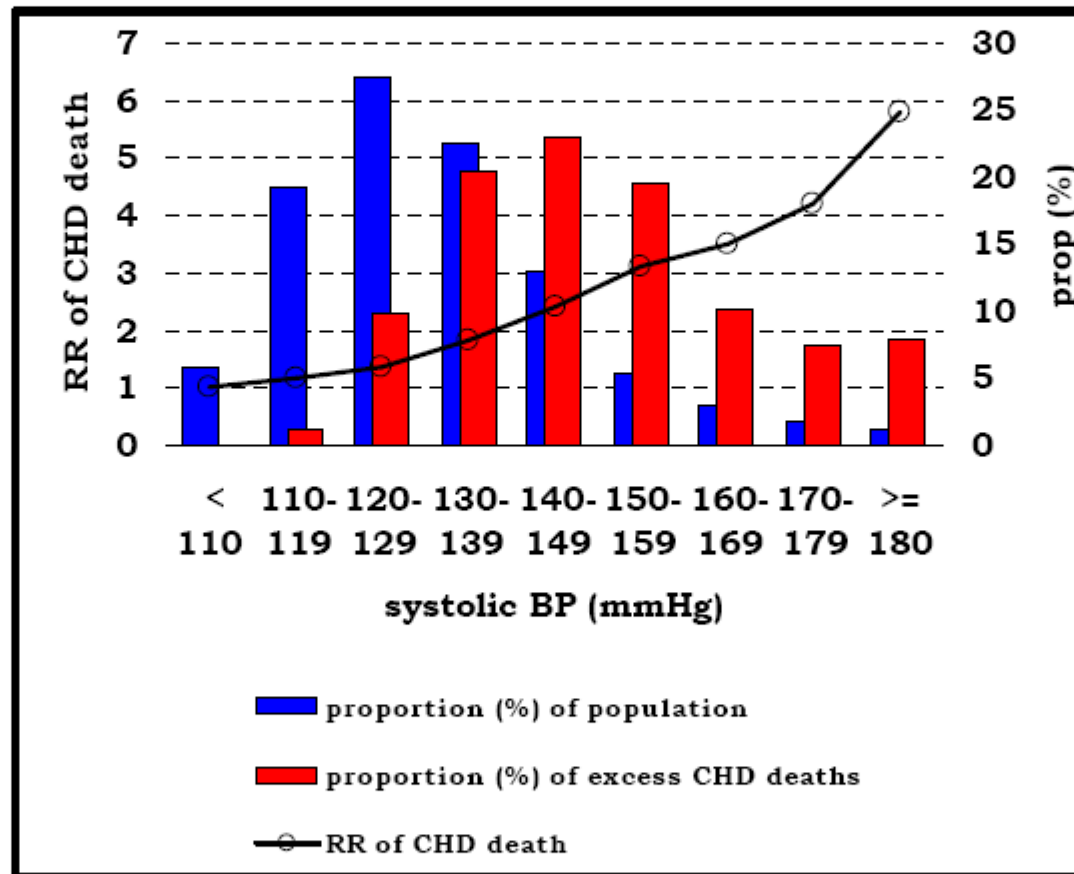
# Stratégies : qui est concerné (Gordon, 1983)... ?

- **Prévention universelle** : concerne la population entière (réglementation, taxation, recommandations générales en termes de nutrition et d'activité physique,...)
- **Prévention sélective** : concerne une catégorie entière de la population, habituellement identifiée selon des critères socio-démographiques neutres (comme pour la prévention bucco-dentaire à l'école) ;
  - peut-on l'étendre à des critères moins neutres sans discrimination (personnes sous main de justice, publics en insertion, etc) ?
- **Prévention indiquée / ciblée (« haut risque »)** : concerne des personnes ou des groupes ayant un indice observable ou mesurable de risque (habituellement « bio-médical » : surpoids, HTA ou hypercholestérolémie; comportement « à risques »)
  - peut-on l'étendre sans risques à des critères de vulnérabilité psychosociale (pauvreté, isolement, etc) ?...

# Enjeux (suite) : paradoxes de la prévention

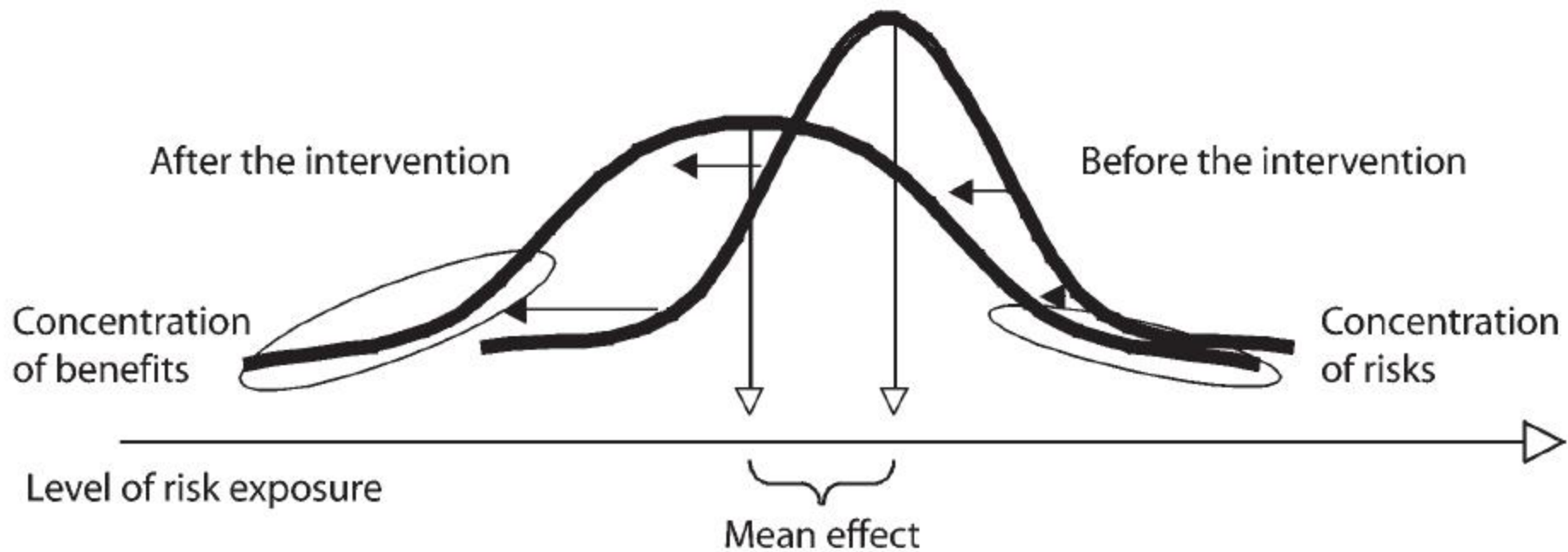
- La stratégie du « **haut risque** » individuel génère des bénéfices individuels élevés mais a un impact modeste sur la santé de la population ; les individus à haut risque ne sont pas ceux qui produisent le plus grand nombre de cas dans la population : c'est le « **paradoxe de la prévention** » (Rose, 1985).
- *Ceci vaut pour les risques biologiques (et leur distribution exponentielle), mais pas pour tous les FDR bio-médicaux (DiCesare et al, 2013)*

## *Paradoxe de la prévention (iii)*



# Enjeux (suite) : paradoxes de la prévention

- La **stratégie populationnelle**, habituellement générique (« prêt à porter »), qu'elle soit universelle ou sélective, aggrave les inégalités sociales de santé (« **inverse prevention law** » ; Gordon et al, 1999) car elle ne tient pas compte de la stratification sociale des risques (« **inequality paradox** », Frohlich et Potvin, AJPH 2008) et de l'efficacité différentielle de la prévention en fonction de l'appartenance sociale des personnes (Peretti-Watel, RESP 2013).
- **Mais toutes les interventions n'aggravent pas les inégalités** (Lorenz et al, 2013) :
  - *Augmentent généralement les inégalités (« intervention-generated inequalities ») : campagnes d'information grand public*
  - *Réduisent les inégalités (ou ne les augmentent pas) : réduire les obstacles financiers (accès à une nourriture de qualité), impôts et taxes (tabac ?), actions structurelles sur le milieu de travail*
  - *Effets probablement favorables : interventions « multi-facettes » à l'école ou dans la cité (ou sur l'environnement de travail ; Bambrá et al, 2010)...*

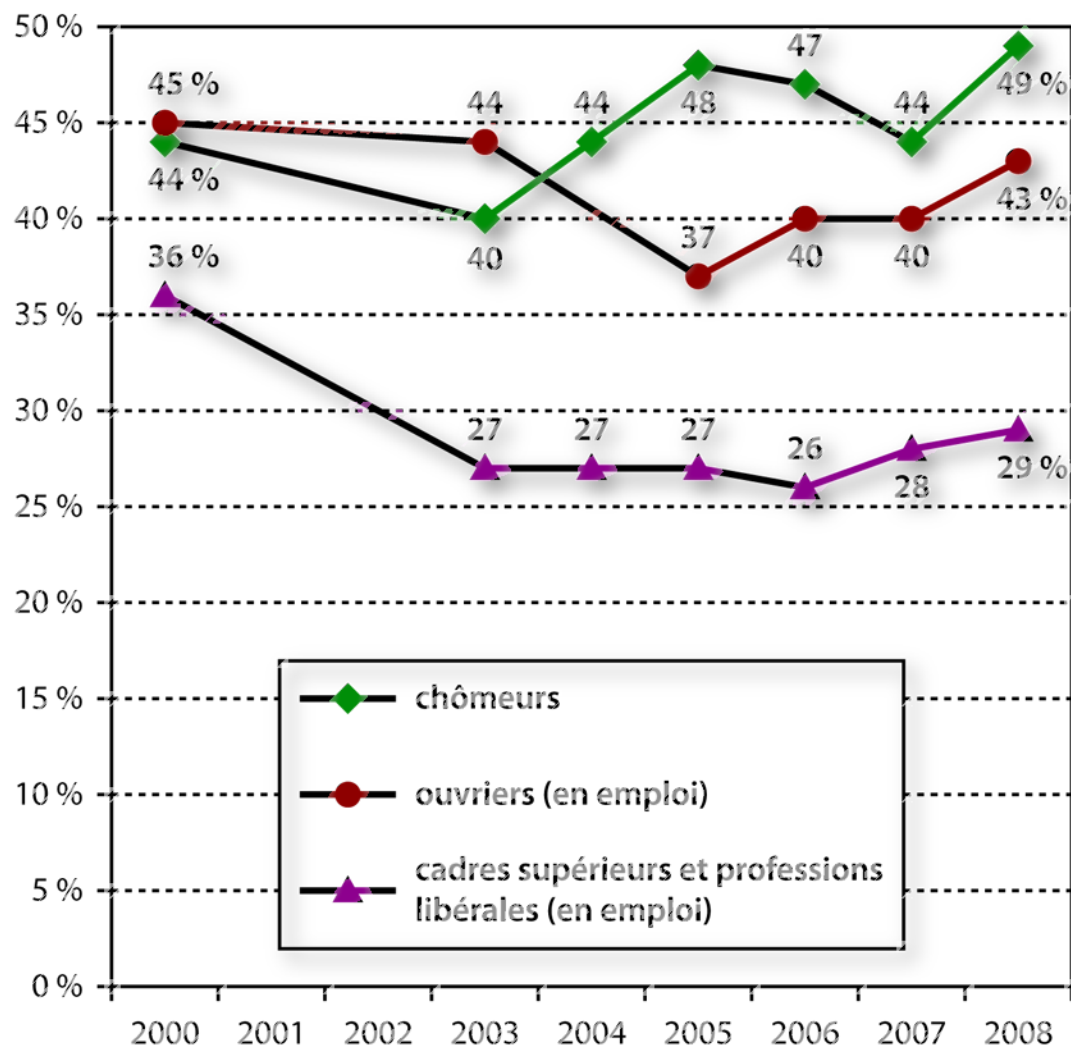


Source. Adapted from Rose.<sup>6(p74)</sup>

Note. Arrows depict the shifting of the curve after a population-level approach. Circles indicate where the variation in risk is most flagrant.

**FIGURE 2—Illustration of a potential increase in the variation of risk following a population-approach intervention**

## Évolution du tabagisme en France parmi les cadres, les ouvriers et les chômeurs, 2000-2008 (source : enquêtes INPES)



Patrick Peretti-Watel, Jean-Paul Moatti

"Le principe de prévention"

(Éditions du Seuil et La République des Idées, novembre 2009)

# Dépasser ces paradoxes nécessite la prise en compte des Inégalités Sociales de Santé (ISS) au niveau individuel et populationnel

*«Two aspects of the burden of disease have remained particularly vexing: changes over time in the prevailing diseases and the persistence of health inequalities » (Jones et al, 2013 ; Katikireddi et al, 2013).*

*« A decrease in overall NCD rates will need reduction of inequalities because the health of most disadvantaged people contributes substantially to the overall NCD burden. Thus, reduction of the total NCD burden and of NCD inequalities should be treated as related and mutually reinforcing priorities » (Di Cesare et al, Lancet 2013).*

Mortalité, morbidité et incapacités évitables ont une forte stratification sociale ; agir sur les comportements ne suffit pas à les réduire (Breton, 2013 ; Katikireddi et al, 2013) : **l'équité est une condition de l'efficacité ; la prévention a RV avec la promotion de la santé.**



# Promotion de la santé

- La promotion de la santé est un « **processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé** et d'améliorer celle-ci. » Elle « vise l'égalité en matière de santé » (Charte d'Ottawa, OMS 1986) par des interventions dans 5 domaines :
  - Élaborer une **politique publique saine** (emploi, logement, éducation, ...)
  - Créer des **milieux favorables** (environnement physique et social, dans les lieux de vie [santé CV : Mozzafarian et al, 2012] et de travail [TMS, épuisement], à commencer par l'école)
  - Renforcer l'**action communautaire** (médiation culturelle et sociale, démarches participatives, etc)
  - Acquérir des **aptitudes individuelles** (conseils et interventions brefs, éducation pour la santé)
  - Réorienter les **services de santé** (prévention)

# **Enjeux de mise en œuvre et d'évaluation**

# Enjeux de mise en oeuvre

- **Temps professionnel limité**, demandes compétitives : évaluer l'apport de nouveaux modes d'action / organisation / rémunération collective pluri-professionnelle (« Chronic care model »...), délégations de tâches / compétences (*Summers Holtrop et al, 2009*), participation communautaire / des « usagers »
- **Manque de formation** : évaluer l'apport d'un soutien méthodologique (**IREPS, pôles de compétences, ...**)
- **Retard des systèmes d'information** (cliniques et populationnels) : évaluer l'apport des technologies de l'information et de la communication
- **Difficultés d'accès** (financier, spatial, temporel, social, culturel) : modéliser des modalités de mise en oeuvre de stratégies d'« universalisme proportionné », d'« aller vers »
- Plus généralement, **complexité des interventions visant à réduire les ISS** (consultation SFSP, 2012)

# Un éclairage « de terrain » à partir de la consultation ouverte SFSP

« Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé » (en ligne, 2012)

- *45 « actions ou programmes menés pour agir sur les inégalités sociales de santé » rapportés par leurs promoteurs*
- **Facteurs facilitants**
  - **Partenariat** que ce soit au niveau national ou local (19) ;
  - motivation et les **compétences des professionnels impliqués (18), dont l'engagement militant ;**
  - **soutien des institutionnels** - politique, financier et technique (17) ;
  - **intersectoriel** (10) ;
  - **volonté politique** et l'impulsion du porteur (9) ;
  - La **connaissance du public** et la proximité des actions (9) ;
  - **adhésion et l'intérêt du public** (7) ;
  - **apport universitaire**, notamment pour l'évaluation (6) ; L'expérience (5) ; etc, y compris **l'implication des pairs**, de médiateur, la constance de l'intervention, des **coûts** faibles, ...
- **Facteurs limitants**
  - **difficultés de coordination**, de définition du cadre, et les contraintes organisationnelles (16) ;
  - manque de **ressources financières / humaines** (14)
  - mauvais ciblage de la population ou de la thématique (13),
  - manque de **disponibilité** des professionnels impliqués (11) ;
  - manque de **volonté politique** ou de soutien des institutionnels (hors financement) (10) ;
  - manque de **formation** ou de savoir-faire (8) ;
  - **contraintes politiques**, juridiques ou les représentations sur le sujet ou sur les populations cibles (6) ;
  - manque **d'adhésion du public concerné** ou les difficultés de recrutement (5) ;
  - déficit de **partenariat** (2)
  - **absence de modèles existants**, etc

# Enjeux pour l'évaluation

- **Quelles dimensions** : efficacité – efficacité – équité (y a-t-il toujours antagonisme entre recherche d'efficacité et d'équité ?)
- **Quels critères** : les effets diffèrent selon l'horizon temporel : immédiats (impact du programme), intermédiaires (modifications des déterminants de la santé) et (généralement) différés (réduction de la mortalité – morbidité – incapacité, amélioration de la qualité de vie par exemple) (Davies et Sherriff, 2011).
- **Quels modèles - protocoles** :
  - modèles positivistes (expérimentaux), constructivistes (observationnels) ou mixtes (“réalistes critiques” ; Potvin et al, 2012) ?
  - **quelle place pour** les essais (randomisés) portant sur des interventions individuelles versus **les “interventions complexes”** où l'intervention :
    - concerne des groupes et pas des individus isolément,
    - comporte des composantes multiples,
    - produit des effets qui dépendent fortement du contexte dans lequel elle se déroule (*Mozzafarian et al, 2012, p1519*) ?

# Enjeux pour la recherche évaluative

- « **There is a need to** stop prioritizing research on individually targeted or community-targeted interventions, and **study the relationship between broad determinants and health inequalities**, and also the effects of changes in these determinants.
- Such research poses **methodological difficulties**, requiring a mixture of quantitative and qualitative methods and multiple disciplinary perspectives » (Katikireddi et al, 2013).
- Trois besoins paraissent plus particulièrement importants (Public Health Research Consortium, d'après le Wanles Report, accessible en ligne) :
  - Pallier le manque de preuve de l'efficacité (cost-effectiveness) des interventions de santé publique ;
  - Pallier le manque de connaissances sur l'impact probable de l'action sur les déterminants sociaux de la santé sur la santé et les inégalités de santé;
  - Développer un cadre conceptuel et des méthodes adaptés à l'évaluation des interventions de santé publique.

# Enjeux éthiques

# Enjeux éthiques

- Eviter le risque de stigmatisation et **se méfier des effets pervers** : « *les mesures préventives de dissuasion qui augmentent le coût financier ou symbolique de ces conduites [à risque] rendent plus précaire encore l'existence de ces populations [défavorisées]* » (Peretti-Watel, 2013).
- « Conduire les conduites » (paternalisme fort) ou **respecter l'autonomie des personnes** ? [Ce qui caractérise probablement le mieux la santé publique serait] « *une attitude fondamentalement ambivalente entre, d'une part, une sensibilité aux valeurs de bienfaisance, de défense du bien commun, de l'engagement communautaire et, d'autre part, un profond arrimage aux valeurs de scientificité, d'efficacité, de rationalité et d'utilitarisme* » (Massé, 2003).
- **Endosser le rôle de plaidoyer** : « *determined action to address health inequalities (...) requires stronger links between research and public health advocacy* » (Katikireddi et al, 2013).



# Pour conclure

« As the debate about why inequalities arise and whether they are unjust continues, we should constantly recall that the existence, and persistence, of inequalities suggest failure to develop, enact, or implement policies and programmes that create healthy household and community environments, facilitate healthy lifestyles and diets, and deliver universal high-quality health care. »

*Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. Di Cesare et al. Lancet 2013;381:585-597.*

**Merci de votre attention**

# Références

- Bambra C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews . *J Epidemiol Community Health* 2010;64:284e291.
- Breton E. Du changement de comportement à l'action sur les conditions de vie. *Santé Publique* 2013;25:S119-S123.
- Carrera C, Azrack A, Begkoyan G, et al, on behalf of the UNICEF Equity in Child Survival, Health and Nutrition Analysis Team. The comparative cost-effectiveness of an equity-focused approach to child survival, health, and nutrition: a modelling approach. *The Lancet* 2012;380:1341 – 1351.
- Davies JK, Sherriff N. The gradient in health inequalities among families and children: A review of evaluation frameworks. *Health Policy* 2011;101:1-10.
- Di Cesare et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *Lancet* 2013;381:585-597.
- Ezzati M, Riboli E. Can Noncommunicable Diseases Be Prevented? Lessons from Studies of Populations and Individuals. *Science* 2012;337:1482-1487.
- Frohlich KL, Potvin L. The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health*. 2008;98:216–221.
- Gordon R. An operational classification of disease prevention. *Public Health Report* 1983;98:107-109.
- Jones DS, Podolsky SH, Greene JA. The Burden of disease and the Changing Task of Medicine. 2013;366:2333-2338.
- Katikireddi SV, Higgins M, Smith KE, Williams G. Health inequalities: the need to move beyond bad behaviours. *J Epidemiol Community Health* September 2013;67:715-716.
- Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health* 2013;67:190-193.
- Massé R. *Ethique et santé publique*. Presses de l'Université de Laval 2003, 413p
- Mozaffarian D, et al. Population Approaches to Improve Diet, Physical Activity, and Smoking Habits: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2012;126:1514-1563.
- Peretti-Watel P. La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2013; 61S:S158-S162.
- Potvin L, Bilodeau A, Gendron S. Trois conceptions de la nature des programmes : implications pour l'évaluation des programmes complexes en santé publique. *Can J Program Evaluation* 2012;26:91-104.
- Rose G. Sick Individuals and Sick Populations.. *Int J Epidemiol* 1985;14:32-38.
- Summers Holtrop J, Dosh SA, Torres T, et al. Nurse consultation support to primary care practices to increase delivery of health behavior services. *Applied Research Nursing* 2009;22:243-249.

# Enjeux pour l'évaluation.

## L'exemple des interventions à base de population en prévention cardio-vasculaire (Mozzafarian et al, 2012, p1519)

- *“Evaluation of many population approaches does not lend itself well to typical medical-model controlled trials (...). By nature, population interventions target groups or communities, not individuals. Additionally, ethical and logistical considerations often preclude the ability to perform randomized trials at the level of discrete populations. Thus, evidence from multiple research paradigms was considered relevant, including results from ecological studies, observational studies, natural experiments, and various interventions, including uncontrolled, quasi-experimental, and cluster-randomized trials.*
- *Well-designed quasi-experimental studies were considered a particularly important means of evaluating the effectiveness of population interventions. Where appropriate, the writing group considered whether population interventions could be evaluated alone or only as part of a multicomponent strategy; the evidence for sustainability of behavior changes; and qualitative evidence for heterogeneity, that is, whether certain strategies were more or less effective depending on other factors such as level of intervention (eg, local, state, federal) or population of interest (eg, children, adults, the elderly, certain ethnic or socioeconomic subgroups).*