



Développer en France une prévention à l'efficacité prouvée

Pierre Arwidson

Directeur des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

Les résultats des recherches sur l'efficacité et l'efficience des interventions de prévention s'accumulent depuis plusieurs décennies. Des revues systématiques et des méta-analyses ont été conduites pour faire le point sur cette abondante littérature scientifique. Ainsi, Thomas et collègues [80] ont analysé 134 essais de prévention du tabagisme en milieu scolaire, conduits en quarante ans et impliquant en tout près de 430 000 élèves. Les auteurs observent une réduction moyenne de 12 % de l'entrée dans le tabagisme par rapport au groupes contrôle pour les programmes fondés sur les compétences et l'influence sociale, et pas d'effet pour ceux fondés sur l'information seule.

Les sujets traités sont très nombreux : par exemple, et pour n'en citer que quelques-uns, programmes de prévention du mésusage de l'alcool, du surpoids chez les jeunes en milieu scolaire, et pour les seniors programmes de prévention des chutes ou promotion de l'activité physique ou d'une meilleure nutrition.

Les auteurs des revues systématiques déplorent que la qualité des méthodes d'évaluation ne soit pas toujours bonne. En effet, de nombreuses difficultés sont liées au fait que les interventions sont souvent conduites dans des milieux sociaux naturels, comme les écoles par exemple. Ils constatent des problèmes liés à une randomisation qui est parfois difficile du fait de la réticence des institutions, ou des violations de l'unité de randomisation, les écoles ayant été finalement tirées au sort et l'évaluateur ayant suivi, à tort, les élèves sans tenir compte du fait que les élèves d'une même école partageaient des caractéristiques et ne pouvaient pas être considérés comme totalement indépendants les uns des autres (existence de corrélations intra-classes). Ils constatent souvent des puissances statistiques non présentées ou insuffisantes et des taux d'attrition parfois élevés. Des progrès dans les méthodes ont été observés avec le temps. La prise en compte des contraintes statistiques liées à la randomisation par clusters est apparue progressivement. Il en est de même avec le calcul en intention de traiter qui permet d'introduire les perdus de vue dans le résultat au lieu de les exclure, ce qui laissait toujours une suspicion sur les résultats réels de l'intervention. La diffusion de mises à jour régulières des recommandations Consort (*consolidated standards of reporting trials*) qui donne des règles pour présenter les résultats des essais est une des raisons des progrès réalisés [15].

Néanmoins, malgré ces difficultés, un certain nombre de programmes émergent comme potentiellement efficaces de ces revues systématiques. Les mêmes programmes sont d'ailleurs repérés par plusieurs revues

ou synthèses comme *Life skills training*, *Good behavior game* ou *Strengthening families program*, qui sont des programmes de prévention dite développementale à large spectre.

Des plates-formes en ligne rassemblant les programmes efficaces

Les articles de recherche primaire et de recherche secondaire comme les méta-analyses sont des textes scientifiques décrivant en détail les protocoles, les analyses statistiques des résultats, les méthodes comparatives. Ces documents n'ont pas de valeur pratique pour les décideurs. C'est pourquoi on a vu naître des plates-formes en ligne rassemblant les programmes efficaces. C'est là que le décideur trouvera les informations pratiques dont il a besoin : une description succincte des programmes – qui manque souvent dans les articles scientifiques et encore plus souvent dans les synthèses –, un jugement sur la qualité de la documentation, sur la qualité de la recherche sous-jacente, en particulier l'existence d'études de réplication et si elles ont été conduites par des évaluateurs indépendants, des concepteurs, la disponibilité d'une formation, d'un dispositif de suivi qualité, et surtout le coût et les coordonnées de l'institution qui diffuse la documentation, offre la formation.

La *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* a ainsi constitué un répertoire en ligne de 300 programmes et pratiques fondés sur les données probantes (*National Registry of Evidence-based Programs and Practices* au www.nrepp.samhsa.gov). Le *National Institute on Cancer* a fait de même et a rassemblé 135 interventions testées dans des conditions de recherche (*research-tested intervention programs, rtips.cancer.gov/rtips*). Le *National Council on Aging* a rassemblé une petite vingtaine d'interventions sur le bien vieillir (<http://www.healthyingprograms.org>).

Les promoteurs des plates-formes citées ci-dessus insistent sur le besoin de consacrer les ressources disponibles à des interventions qui ont déjà fait la preuve de leur efficacité. Cela semble tomber sous le sens. Faut-il laisser se développer des interventions dont on ne connaît pas l'impact, surtout que cet impact peut être parfois négatif [83], alors qu'il existe des alternatives éprouvées ?

Néanmoins, il faut reconnaître que la majorité des recherches conduites sont nord-américaines. La France est en retard, de même que l'Europe plus généralement, dans le domaine de l'évaluation scientifique de la prévention. Une Société européenne de recherche en prévention a d'ailleurs été créée, avec comme objectif de développer une recherche européenne.

Nous ne sommes donc pas en mesure de mettre aujourd'hui à disposition des décideurs et acteurs français de terrain de tels catalogues de programmes validés, prêts à l'emploi, facilitant l'accès aux manuels, à la formation, aux outils d'évaluation. Les programmes étrangers ne sont pas transposables en l'état, les adaptations nécessaires dépassent toujours de simples traductions. Une adaptation culturelle est nécessaire.

Développer une prévention scientifiquement fondée « made in France »

Il y a donc deux pistes à suivre. La première consiste à importer et adapter des programmes validés ou prometteurs. La deuxième piste consiste à développer des programmes de prévention *made in France* et à les évaluer dans des conditions de recherche.

La première piste nécessite le repérage des programmes efficaces dans la littérature internationale, dans les revues systématiques et les synthèses. C'est ce que l'Inpes s'est efforcé à faire dans le cadre de la refondation de sa programmation. Un numéro spécial de la revue *Santé publique* de juin 2013 rassemble les interventions validées ou prometteuses concernant les jeunes [47]. Une fois repéré, il est nécessaire de prendre contact avec les concepteurs, faire l'acquisition des manuels, suivre une formation. C'est ce qui a été fait avec le programme américain *Strengthening Families Program (SFP)*, qui a été repéré dans une revue *Cochrane* [31] et par le Samhsa (site cité plus haut). Miller et Hendrie [59] ont calculé que le programme SFP permettait un retour sur investissement de 11 dollars pour 1 dollar investi. Une équipe du Comité départemental d'éducation pour la santé des Alpes-Maritimes est en train d'étudier l'adaptabilité du programme en France [73]. Cette approche prudente a été faite également par une équipe britannique pour le même programme SFP [23], de même que pour le programme *Good Behavior Game* [19].

La deuxième piste consiste à partir des initiatives françaises. Elles existent et leur nombre est en croissance. Il y a eu des initiatives dans le domaine du tabac (*Aujourd'hui je ne fume pas*) [78], dans le domaine de l'alcool et des substances psychoactives : le programme CAPRI (Collèges et addictions, programme régional inter-académique) [85], dans celui de la prévention du risque solaire *Vivre avec le soleil à l'école* [75], dans celui de l'aide à l'attachement dans la petite enfance CAPEDP [77], le programme de prévention des chutes chez les femmes âgées *Ossebo* [25], du repérage et de l'intervention brève des buveurs à risque en médecine du travail EIST [57]. L'Inpes commence à suivre cette voie en capitalisant sur les résultats de l'intervention de promotion de l'activité physique chez les collégiens (Icaps) évaluée en Alsace auprès de 954 collégiens de sixième suivis quatre ans [76]. Cette intervention a permis de réduire l'installation de surpoids chez les jeunes du groupe intervention initialement en poids normal (4,2 *versus* 9,8 % dans le groupe contrôle), un

accroissement de l'activité physique supervisée, une baisse du temps d'écran et une augmentation du HDL cholestérol. Un guide de dissémination a été édité [74] et deux appels à projets ont été lancés pour motiver les équipes de terrain à s'engager dans ce type de démarche.

Il faut néanmoins faire émerger plus d'initiatives françaises pour concevoir des programmes *made in France* et cela est un travail d'une longue durée qui nécessite un soutien à long terme. Dans le cadre d'un travail pour le Medical Research Council, Michelle Campbell et collègues [16] distinguent cinq étapes importantes.

1. La phase de sélection d'une théorie de référence. La première consiste à chercher dans les théories disponibles celles qui correspondent le mieux à l'enjeu de prévention et à l'hypothèse des mécanismes sous-jacents.

2. La phase de modélisation. La deuxième consiste à modéliser les composantes de l'intervention et à tester la plausibilité de son effet sur les mécanismes sous-jacents.

3. La phase de l'essai pilote. Il s'agit de tester l'intervention et de comparer son effet avec un comparateur approprié.

4. La phase de l'essai randomisé et contrôlé. Il s'agit de conduire l'essai randomisé et contrôlé avec toute la rigueur méthodologique nécessaire : théorie valide, qualité du contrôle, puissance statistique suffisante.

5. La phase de dissémination sur le long terme. C'est l'accompagnement de l'implémentation du programme dans différents sites.

Pour donner un exemple de la durée de l'investissement nécessaire, le Pr Rona Campbell, qui est à l'origine du programme *Assist (A stop smoking in schools trial)* d'éducation par les pairs chez les collégiens de 12 ans [17], a commencé à développer son projet en 1993 ; l'essai randomisé s'est déroulé entre 2001 et 2004, soit huit ans après. Le principal article dans le *Lancet* a été publié en 2008, et la phase de dissémination est en cours, ce qui fait en tout vingt ans d'activité.

La France a donc besoin de prévoir un investissement à long terme pour développer une prévention scientifiquement fondée. Cela nécessitera une collaboration importante entre les parties prenantes que sont les équipes d'intervenants auprès des différents groupes de population – sans oublier que les interventions se feront de plus en plus à distance par des moyens numériques – et les équipes de recherche.

Comme l'investissement en prévention est souvent menacé en cas de difficultés économiques, il faudra également développer l'approche économique de la prévention comme le recommande la Cour des comptes dans son rapport sur la prévention sanitaire [24]. Cela devrait permettre aux décideurs de se faire une idée des retours sur investissement, quand ils sont possibles, ou les gains obtenus en termes d'années de vie en bonne santé gagnées (Daly) [82]. Ainsi, certains programmes



comme le *Good Behavior Game*, déjà cité plus haut, produiraient un retour sur investissement de plus de 30 dollars pour 1 dollar investi selon des économistes de l'Institut de recherche en politiques publiques de l'État de Washington [52].

De nombreux signaux montrent que nous progressons. L'Iresp, l'INCa, l'ANRS, l'Inpes entre autres se mobilisent pour développer le champ. Un appel à projets mutualisé en prévention primaire est ouvert sous l'égide

de l'Iresp : il comprend une phase de six mois permettant de créer un dialogue entre les équipes de recherche et les acteurs de terrain. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé vient d'organiser un colloque scientifique international sur l'économie de la prévention le 7 juin dernier, une première du genre en France. Et le prochain colloque de la toute jeune Société européenne de recherche en prévention se tiendra à Paris les 14 et 15 novembre 2013. ↑

La prévention durant l'enfance

Didier Jourdan

Université

Blaise Pascal,

Clermont-Ferrand

François Bourdillon

Groupe hospitalier

Pitié-Salpêtrière

Commission

spécialisée

prévention, éducation

et promotion de la

santé du HCSP

La politique de prévention a pour but de protéger les individus et les populations contre les risques sanitaires et de maladie, mais aussi d'améliorer le contexte social, l'environnement et les conditions de vie dans un sens favorable à la santé. Cet article propose des éléments d'analyse sur l'une des dimensions clés de la politique de prévention : celle qui concerne les jeunes et leurs milieux de vie, notamment l'école. S'il est évident que la prévention en direction des enfants et des adolescents présente des spécificités, il n'en reste pas moins qu'elle est appelée à prendre place au sein d'une politique nationale de prévention pour tous, tout au long de la vie.

Après avoir rapidement brossé un état des lieux de la situation actuelle, nous proposerons des pistes de réflexion en vue de l'élaboration d'une politique nationale de prévention pour la jeunesse.

La situation actuelle en matière de prévention durant l'enfance

C'est depuis le XIX^e siècle que la prévention en direction des plus jeunes est considérée comme l'un des enjeux clés des politiques sanitaires. Le principe fondamental est celui selon lequel les interventions sur les déterminants de santé sont d'autant plus efficaces qu'elles interviennent tôt dans la vie. Aujourd'hui, les données épidémiologiques permettent également de souligner le fait que les inégalités de santé se mettent en place très précocement dans la vie des individus [79], justifiant ainsi un engagement fort en matière de prévention en direction des enfants.

Des besoins importants

Les problèmes de santé des jeunes et des adolescents sont bien connus et ils sont très socialement marqués. De l'enfance à l'adolescence, il s'agit d'abord de problématiques liées à la santé dentaire, aux accidents domestiques, aux maladies aiguës de l'enfance (dont bon nombre sont prévenues par la vaccination), au surpoids et à l'obésité, aux maladies chroniques, ainsi qu'aux diverses formes de violences subies par les enfants. Ce sont ensuite les conduites à risque sur la route ou

dans le domaine de la sexualité, les consommations de produits psychotropes (tabac, alcool, cannabis), les troubles du comportement alimentaire, la violence dirigée contre soi ou contre autrui, et les déséquilibres dans la vie quotidienne marqués notamment par une pratique parfois excessive des écrans [7, 32]. Les politiques actuelles ne permettent pas de réduire les principales conséquences de ces problèmes de santé chez les enfants et les adolescents. Le recours aux interruptions de grossesse ne diminue pas [4], de même pour les consommations de tabac et d'alcool des adolescents [71] ou, chez les plus jeunes, les maladies à prévention vaccinale comme la rougeole par exemple [6].

Nous n'aborderons pas ici les différentes thématiques de prévention (voir références dans Bourdillon [10]) mais il importe de souligner :

- pour la petite enfance, l'importance des vaccinations, des bilans de santé (repérage-dépistage), de l'éducation, du soutien aux familles, de la prise en charge et de l'accompagnement des enfants vulnérables ;
- à l'adolescence, le besoin de mieux aborder les questions de conduites à risque, de sexualité...

Une carence politique, des dispositifs opérants, des manques à combler

Il n'existe pas aujourd'hui en France de politique de prévention en direction de la jeunesse, ce qui constitue une faiblesse à court (développement de conduites à risque), moyen et long termes (impact sur la santé de la population). Un ensemble de lacunes persistantes doivent être mentionnées. Elles concernent :

- La gouvernance nationale de la politique de prévention en direction de la jeunesse :
 - ◆ la Direction générale de la santé ne dispose pas de capacités d'action suffisantes dans le champ de la prévention ;
 - ◆ l'agence d'État en charge de la prévention et de l'éducation pour la santé, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), rencontre des difficultés à jouer son rôle d'instance stratégique qui aide à définir les orientations d'une politique nationale, mobilise les acteurs, leur donne les moyens d'intervenir ;

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.