



# Enseignement et recherche

**S'adressant à des publics très variés – enfants, malades, travailleurs... –, la formation en prévention est insuffisamment développée, éclatée et peu lisible. Il est nécessaire de développer des recherches visant à encourager des comportements favorables à la santé, mais aussi de promouvoir celles qui contribuent à réduire les inégalités sociales de santé.**

## Former pour prévenir en santé

**Pierre Lombrail**

Université Paris 13

**Patrice François**

Université Joseph  
Fourier Grenoble

**Pierre Czernichow**

Université de Rouen

*Collège universitaire  
des enseignants  
de santé publique,  
sous-section 46.01  
(épidémiologie,  
économie de la santé  
et prévention) du  
Conseil national des  
universités*

**L**e développement insuffisant de la prévention en France est lié à de multiples facteurs, dont une offre de formation peu développée. En la matière, former des intervenants professionnels n'est pas suffisant, si le public concerné n'est pas lui-même, par sa culture et ses attentes, demandeur d'une bonne santé, et par les ressources dont il dispose, en situation de la préserver.

### Cibles et objectifs

La France occupe une place médiocre en matière de prévention en comparaison à ses voisins européens. C'est ce que montre notamment la faiblesse de la couverture vaccinale ou de la participation aux programmes de dépistage organisés, qui font pourtant l'objet de campagnes d'information répétées.

Cette situation s'explique en partie par une incompréhension au sein de la société des avantages et des risques des activités de prévention, pour les individus comme pour la collectivité.

C'est à l'école que peuvent s'acquérir des repères essentiels à la démarche de prévention, pour soi (préserver son capital santé), mais aussi comme citoyen (on se vaccine aussi pour les autres). C'est là que se construisent les compétences psychosociales néces-

saires à des choix de vie favorables à la santé (éviter si possible les comportements à risque, renforcer les comportements protecteurs) aussi bien pour soi-même (nutrition...) que pour les autres (conduite automobile, pratiques sexuelles...). Dans cette optique, l'école est un lieu promoteur de santé, par son projet pédagogique (dynamique collective, participative et valorisante pour les élèves) comme par son cadre de vie (de la cantine aux lieux de récréation ou de repos). L'institution scolaire et universitaire devrait aussi étendre ses objectifs en cherchant à prévenir les conséquences pour les élèves des échecs de la vie personnelle sur la santé psychique (de l'épuisement jusqu'aux idées suicidaires). De même, des expériences réalisées en Australie, notamment celle de l'association « Familles rurales » à l'intention des familles vivant dans des zones isolées, montrent les possibilités d'apprentissage du « porter soin et secours ». C'est aussi à l'école, en particulier dans les sections d'apprentissage professionnel, que les futurs adultes peuvent comprendre la nature des risques auxquels ils seront exposés dans leur travail et apprendre à les gérer. Plus généralement, l'école devrait former les élèves à devenir les citoyens d'une démocratie sanitaire active, soucieux de leur propre santé, de celle des autres et du milieu dans lequel ils vivent.

Cette formation initiale est un investissement nécessaire pour les générations qui montent, mais il doit être étendu aux adultes et entretenu toute la vie. C'est le rôle de projets de santé publique de proximité, depuis la formation (participative) des membres du jury citoyen sollicités pour avis sur le projet d'un établissement de santé, jusqu'à la conférence citoyenne réunie par l'atelier santé-ville pour définir les axes du contrat local de santé.

Du côté des « décideurs », peu éclairés sur des questions trop longtemps laissées aux professionnels « experts », un besoin similaire de formation est nécessaire pour construire une culture partagée de la prévention en santé. D'autant que les professionnels de santé privilégient les soins sur la santé, au mieux par des actes médicalisés de prévention restreints au seul colloque singulier – donc sélectionnés par le recours aux soins – plutôt que sous une forme organisée et collective. Une culture générale sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé est donc une condition pour que vive l'objectif de « santé dans toutes les politiques », du niveau national jusqu'aux territoires de proximité.

La prévention a un rôle majeur à jouer pour réduire le fort taux de la mortalité et de la morbidité évitables dans notre pays, facteurs puissants de reproduction des inégalités sociales de santé.

Le monde du travail constitue un cadre d'intervention spécifique, où salariés et employeurs nécessitent des formations sur les risques professionnels et la gestion de la sécurité au travail, qui vont de la maîtrise des risques classiques qui n'ont pas disparu (physiques et chimiques notamment) à celle des risques psychosociaux. Ce besoin concerne aussi les intervenants professionnels de la gestion de ces risques (prévention des accidents et maladies professionnels, promotion de la santé au travail).

Les personnes malades représentent un public « profane » qu'il est également important de former. La transition épidémiologique accroît le nombre de personnes vivant avec une maladie chronique qui nécessite un traitement au long cours. Ces personnes doivent à la fois apprendre :

- à se soigner pour « équilibrer » leur maladie avec les traitements disponibles, tout en maîtrisant les risques afférents (en prévenant à la fois les risques associés à la maladie et les événements indésirables liés aux soins) ;
- à vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques, ce qui suppose également de mobiliser et d'acquérir des compétences d'adaptation et une attitude proactive.

Cette démarche relève de l'éducation thérapeutique du patient. Elle requiert chez les soignants, comme chez certains représentants des personnes malades, des compétences pédagogiques encore trop peu présentes. Nous rapprocherons les besoins de formation à la médiation sociale et culturelle, qui permet à des publics éloignés du système de santé d'accéder aux soins et à la santé par un accompagnement adapté.

Ainsi, des besoins de formation importants concernent les professionnels de santé, mais également ceux qui

peuvent contribuer à l'amélioration de la santé de publics fragiles avec lesquels ils sont en contact prolongé : les enseignants, qui forment écoliers, lycéens, collégiens et étudiants, et les travailleurs sociaux, qui interviennent au sein de groupes de populations particulièrement vulnérables (personnes fréquentant les divers lieux d'insertion, usagers des services de santé mentale, publics que le CISS considère comme « relégués »<sup>1</sup>, dont les personnes sous main de justice, les étrangers en situation irrégulière ou les personnes prostituées). Ces professionnels sont en situation d'identifier des personnes plus particulièrement en difficulté, de les conseiller et les orienter, pour des besoins de soins ou de santé (dont la prévention). Mais les professionnels de santé eux-mêmes doivent sérieusement renforcer leurs compétences préventives :

- Formés à répondre à des demandes de la part de personnes à risque élevé, ils doivent aussi contribuer à des approches populationnelles (renforcement, orientation), qu'elles soient génériques ou spécifiques à certains groupes.

- Formés surtout à l'abord biomédical des problèmes de santé, ils doivent intégrer des composantes biopsychosociales et apprendre à agir en conséquence au plan individuel (médecine personnalisée prenant en compte la personne dans son environnement) et collectif (dépasser la pratique « opportuniste » habituelle au cas par cas et déclencher les soins préventifs pour leur patientèle, voire celle des habitants d'un territoire, en se donnant les moyens de rejoindre les groupes marginalisés ou exclus du système de santé).

### Quels formateurs ?

En face de ces publics nombreux et variés, dont les besoins d'apprentissage vont du plus universel au plus spécifique de l'exercice d'un métier, l'offre de formation est éclatée et peu lisible, à la fois abondante et insuffisante, illustrant l'absence de politique cohérente de prévention dans notre pays.

Les enseignants hospitalo-universitaires de santé publique interviennent dans la formation initiale des professionnels de santé pour aborder les principes, méthodes et outils de base en prévention, qu'il s'agisse de prévention médicalisée, éducation pour la santé, éducation thérapeutique ou prévention des risques professionnels et environnementaux. Chez les étudiants en médecine, la perspective de l'examen classant national, qui privilégie les dossiers de clinique, domine les pratiques pédagogiques, ce que reflètent les objectifs et modalités d'apprentissage (essentiellement biomédicaux). Les études pharmaceutiques n'abordent pratiquement pas la prévention, hormis la perspective récente d'un cursus minimal sur l'éducation thérapeutique. Chez les étudiants sages-femmes, infirmiers et kinésithérapeutes, la prévention est plus visible au sein d'unités

1. Santé : changer de logiciel ! Pour une refondation de notre pacte social de santé. Collectif interassociatif sur la santé. Paris, 2008.



d'enseignement de santé publique, mais la stricte juxtaposition de ces interventions dont les objectifs, les volumes et les calendriers sont étanches rend hors de portée toute perspective d'une culture commune, alors que la multidisciplinarité est affirmée comme un principe fondateur de la démarche de prévention.

L'intégration à l'université de ces dernières formations constitue pourtant une occasion de rattrapage, même si les effectifs des enseignants hospitalo-universitaires de santé publique ne permettent pas de faire face à l'augmentation massive des besoins de formation correspondants. La formation de formateurs dans les écoles (IFSI notamment) est donc indispensable. Les conditions argumentées d'une participation de professionnels de santé publique aux équipes pédagogiques, animées par des enseignants titulaires, doivent être définies. Ce cloisonnement des dispositifs de formation doit être dépassé, tant sont grands les besoins d'apprentissage du travail en équipes pluriprofessionnelles. L'apprentissage de la prévention pourrait s'inscrire dans la formation des futures équipes des pôles, maisons ou autres centres de santé ambulatoires, voire celle des établissements de santé. On y enseignerait alors autant la prévention vers et avec les différents publics précités, au même titre que la gestion de la qualité et des risques liés aux soins qui relève de la même logique. Ces orientations valent aussi pour le développement professionnel continu.

Les équipes hospitalo-universitaires élargies à certaines disciplines cliniques proposent un ensemble varié de formations complémentaires, depuis de nombreux diplômes (inter)universitaires jusqu'aux masters (et doctorats). L'offre d'enseignement est calquée sur les conceptions dominantes en santé publique dans notre pays : la prévention est d'abord une affaire de soins (comme l'illustrent les nombreux DU consacrés à la lutte contre les infections associées aux soins) ou, à la rigueur, de comportements individuels à risque (DU de tabacologie ou d'addictologie). Les spécialistes de santé publique offrent des formations générales à la santé publique pour un public dépassant les seuls professionnels de santé, mais la prévention y est peu individualisée. Ces formations préparent surtout à la conduite de projets ou à la recherche en prévention clinique (dépistage) ou comportementale (éducation pour la santé, éducation thérapeutique); elles couvrent mal le champ de la santé environnementale ou de la santé communautaire.

D'autres disciplines comme les sciences de l'éducation et la psychologie, mais également les sciences de l'activité physique et sportive, contribuent à la formation en prévention. Bien d'autres participent à la formation à la recherche en prévention, depuis les sciences biomédicales (l'épidémiologie notamment) jusqu'aux sciences humaines et sociales (sociologie, économie...), juridiques, politiques ou de gestion. La préparation à l'emploi et la formation continue des professionnels du service public font l'objet de dispositifs spécifiques comme l'EHPSP et le CNFPT. Il n'est pas sûr que la prévention y soit

individualisée à la mesure des besoins évoqués plus haut; ainsi les fonctionnaires territoriaux peinent-ils pour l'instant à obtenir un volume de formation adapté au niveau d'expertise qu'on attend d'eux.

La prévention des risques professionnels, peu abordés dans ce numéro, concerne les travailleurs eux-mêmes lors de leur formation initiale et pendant leur vie professionnelle, mais aussi les professionnels en charge de la prévention de ces risques. En formation initiale (dans les lycées professionnels, les lycées techniques et les CFA), un décret du 4 octobre 1983 stipule qu'un enseignement des règles générales de la sécurité (ES et ST) est assuré dans les établissements de l'Éducation nationale, sans constituer une discipline autonome. Tous les personnels d'enseignement et d'éducation sont censés y contribuer, ainsi que le personnel de santé, en faisant plus ou moins appel au concours de personnes qualifiées. Pendant la vie professionnelle, la formation en prévention fait l'objet d'une offre nationale coordonnée par l'assurance maladie (réseau des Carsat) et mobilise un large éventail d'intervenants professionnels. Dans sa partie qualifiante (licence et master), la formation des personnes chargées de la prévention des risques professionnels se fait à l'université, avec un investissement pluridisciplinaire. En sus des spécialistes de santé au travail, l'approche organisationnelle de la prévention des risques psycho-sociaux intéresse les sociologues; d'autres disciplines, comme celles qui préparent aux métiers eux-mêmes, peuvent assurer également cette formation.

La formation en prévention des professionnels de l'éducation ou du social, dans le cadre de l'exercice de leurs activités quotidiennes, implique fortement le secteur associatif et singulièrement le réseau national des Irep et des pôles régionaux de compétences, qui propose des formations courtes et un accompagnement pédagogique précieux assuré par des spécialistes, souvent de niveau master. Ce réseau favorise un partage d'expériences et de compétences entre professionnels que leurs institutions d'appartenance peinent à organiser. Le monde associatif joue également un rôle important pour la formation du public lui-même : dans les institutions médico-sociales, il facilite l'accès des personnes hébergées à la citoyenneté afin de leur permettre la maîtrise des déterminants de leur santé; dans le cadre de projets de santé de proximité, l'objectif est de surmonter les difficultés d'accès à la prévention perçues dans les diagnostics partagés. Rassembler les conditions d'une participation des habitants à la définition, la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies de santé adaptées, comme s'y emploie l'Institut Renaudot, est moins fréquent.

On ne peut clore ce bref panorama sans signaler le rôle des « usagers » dans leur propre formation. Le monde des associations de patients développe avec enthousiasme la formation de patients experts, ressources ou partenaires, pour participer au développement de l'éducation thérapeutique et d'accompagnement. Gageons également que vont se développer les expé-

riences de participation des personnes malades à la formation des professionnels de santé, sur le mode des « bureaux facultaires » de nos amis québécois, et nul doute qu'elles feront une place plus importante à la prévention que ne le font nos programmes actuels.

Au total, la formation à la prévention en santé partage les mêmes problématiques que la formation en santé publique, dont elle est une composante naturelle : même extension et même diversité des publics concernés, et des intervenants pédagogiques. ↑

## Recherches sur la prévention : une priorité dans la lutte contre les inégalités sociales de santé

L'Alliance des sciences de la vie et de la santé (Aviesan) est un cadre souple de coordination de l'ensemble des acteurs de la recherche publique des domaines biomédical et sanitaire mis en place depuis 2009. Le système des alliances, dont Aviesan est un des quatre piliers<sup>1</sup>, s'est vu reconnaître un rôle stratégique dans la programmation et l'animation de l'ensemble de la recherche en France à l'occasion des Assises nationales de l'enseignement supérieur et de la recherche qui se sont déroulées au cours de l'été et de l'automne 2012<sup>2</sup>. Aviesan a choisi de se structurer en 10 instituts thématiques multi-organismes, dont l'Institut de santé publique (ISP). L'action de l'ISP est étroitement coordonnée avec celle du groupement d'intérêt scientifique l'Institut de recherches en santé publique (IReSP), qui associe l'ensemble des acteurs et financeurs de la recherche en santé publique<sup>3</sup>.

L'action de l'ISP s'inscrit dans le droit-fil du rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS, présidée par l'épidémiologiste britannique Sir Michaël Marmot<sup>4</sup>. Ce rapport a esquissé le programme « fort » de ce que devrait être la recherche

en santé publique pour les deux et trois décennies à venir, en s'appuyant sur la synthèse du vaste corpus de littérature scientifique qui s'est constitué au cours des trente années précédentes.

Trois faits essentiels établis par cette littérature, et repris par le rapport de la commission, sont :

- d'une part, qu'il n'existe pas de société où n'apparaisse pas une structure sociale hiérarchique qui reflète l'accès différentiel des populations au pouvoir et aux ressources, et que cette structure détermine la répartition de la plupart des indicateurs de santé à tous les niveaux (notamment le gradient social universellement observé en matière d'espérance de vie) ;

- d'autre part, que ce qui est vrai dans ce domaine au niveau mondial l'est également à l'échelon national, régional et local ;

- enfin, en dépit de l'élévation générale du niveau de vie et de santé des populations, ces inégalités s'aggravent partout dans le monde, notamment sous l'effet d'un mécanisme de progrès différentiel (l'espérance de vie progressant pour tous mais plus rapidement pour les groupes déjà les mieux lotis en matière de santé qui bénéficient notamment plus que les autres de l'accès aux programmes et moyens de prévention).

En contraste avec ses performances en matière d'espérance de vie<sup>5</sup> du principe égalitaire de notre Sécurité sociale et des effets redistributifs progressifs de ce principe en matière de revenus des ménages, *la France se caractérise par les inégalités de mortalité en fonction de la catégorie socioprofessionnelle (ou du niveau d'éducation) les plus marquées d'Europe occidentale* (à l'exception de la Finlande), en particulier chez les hommes. Ces inégalités, dont les pathologies cancéreuses sont dans notre pays les plus grandes pourvoyeuses<sup>6</sup>, tendent à se creuser. Elles découlent, pour partie, de variations (notamment géographiques) dans l'accès et la qualité des soins prodigués aux personnes atteintes d'une même pathologie, variations dont l'impact négatif sur les inégalités de santé est indéniablement susceptible de s'aggraver dans le contexte

5. Premier rang de l'Europe des 27 pour les femmes et 7<sup>e</sup> rang pour les hommes en matière d'espérance de vie à la naissance.

6. Voir notamment : <http://www.e-cancer.fr/plancancer-2009-2013>

### Jean-Paul Moatti

Professeur d'économie de la santé, université d'Aix-Marseille, directeur de l'Institut de santé publique (Aviesan)

1. Outre Aviesan, ont également été constituées l'Alliance nationale de coordination de la recherche pour l'énergie (Ancre), l'Alliance nationale de recherche pour l'environnement (AllEnvi), l'Alliance pour les sciences et technologies du numérique (Allistene) et l'Alliance nationale des sciences humaines et sociales (Athena).

2. Assises de l'enseignement supérieur et de la recherche. Rapport au président de la République, 17 décembre 2012, Paris (<http://www.assises-esr.fr>).

3. L'IReSP est un groupement d'intérêt scientifique au pilotage duquel participent conjointement les ministères (ministère de la Santé [DGS et Drees], ministère délégué à la Recherche), les opérateurs de la recherche publique (CNRS, Inserm, IRD, Ined, EHESP Udesca, CPU, Institut Pasteur, Cnam, Sciences Po), les agences sanitaires (InVS, HAS, ANSM, Anses, EFS, ABM, Inpes, INCa), et les organismes de protection sociale (Cnamts, RSI, CNSA). L'IReSP est désormais étroitement coordonné avec l'Institut de santé publique d'Aviesan (une même personnalité exerçant la direction des deux structures).

4. OMS. Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblent le fossé en une génération*. Genève, 2009 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_R14-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-fr.pdf)). Le rapport a directement inspiré la résolution de la 62<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé (22 mai 2009) : *Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé* ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_R14-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-fr.pdf)).



actuel de crise économique d'ensemble et de maîtrise des dépenses. Mais ces inégalités découlent d'abord et avant tout d'un échec relatif de la prévention dans notre pays (par rapport à d'autres pays comparables comme la Grande-Bretagne ou la Suède).

### Les limites de la prévention en France : à la source des inégalités de santé

Les facteurs explicatifs de la surmortalité qui frappe les catégories les moins favorisées interviennent, pour l'essentiel, en amont de la prise en charge proprement médicale des différentes pathologies. Ces catégories défavorisées cumulent en effet les facteurs de risque des principales pathologies : expositions plus fréquentes aux risques environnementaux (toxiques cancérigènes dans le milieu professionnel ; polluants atmosphériques dans la zone d'habitat), prévalence plus élevée des facteurs de risque comportementaux liés aux modes de vie (tabac, alcool, facteurs nutritionnels, etc.), moindre accès aux dépistages précoces et diagnostic plus tardif des pathologies graves, etc. Et, tant notre système de santé que les politiques publiques conduites dans les autres secteurs susceptibles d'impacter la santé (environnement, logement, travail, politique de l'emploi et lutte contre la précarité, etc.) ne parviennent pas à compenser cette distribution inégalitaire de l'exposition aux risques.

Ce constat, à la fois sur le caractère universel de l'aggravation des inégalités sociales de santé et sur la spécificité de la situation française à cet égard, débouche sur un certain nombre d'orientations prioritaires générales pour les programmes de recherche en santé publique. Ces orientations générales doivent permettre à la recherche française en santé publique à la fois de bien se positionner dans les avancées scientifiques internationales des disciplines concernées et de contribuer à répondre aux défis sociétaux posés à notre pays et à l'Union européenne.

Une première priorité de ces recherches doit viser à mieux identifier et comprendre les chaînes causales complexes qui conduisent à ce que des inégalités socio-économiques, de genre environnemental ou culturel, se traduisent en mécanismes pathologiques et physio-pathologiques (figure 1). Ces mécanismes interviennent à tous les âges de la vie des individus, mais une attention particulière doit être consacrée d'une part au rôle des facteurs sociaux dans l'incidence des maladies chroniques liées à l'âge, d'autre part à l'hypothèse dite des origines développementales de la santé et des maladies (Dohad). Cette hypothèse, désormais soutenue par une multitude croissante de données expérimentales (humaines et animales), épigénétiques et épidémiologiques, postule que la vulnérabilité spécifique des périodes pré- et néonatales, ainsi que les traumatismes et expositions aux risques durant l'enfance jusqu'à l'adolescence, peuvent avoir non seulement des conséquences immédiates mais aussi à moyen et long termes pendant toute la durée du cycle de vie.

Une deuxième priorité est de promouvoir des recherches visant à contribuer à réduire ces inégalités et, à cette fin, de promouvoir notamment des recherches sur la prévention.

À la demande de son Conseil scientifique international, l'Institut national du cancer (INCa) a produit en décembre 2012, en partenariat avec l'Institut de santé publique d'Aviesan, un rapport sur l'état des lieux de la recherche en matière de « *changements de comportements liés à la santé et leurs déterminants individuels et collectifs* »<sup>7</sup>. Ce rapport plaide avec vigueur pour un effort spécifique et soutenu de recherches, à visée à la fois cognitive et interventionnelle en population, en matière de prévention (notamment primaire) dans notre pays à l'image des programmes beaucoup plus avancés promus par les autorités britanniques et scandinaves. Outre la prévention des principales pathologies chroniques, les recherches se doivent de s'intéresser à celle des troubles du développement et des apprentissages et des comportements addictifs, dont le retentissement peut s'étaler sur la vie entière avec des conséquences importantes en termes d'employabilité et d'insertion sociale. Au plan des recherches à visée cognitive, un effort particulier devra être consacré à celles portant sur la gestion, par les individus et les groupes, de facteurs de risque compétitifs (éventuellement substituables et complémentaires entre eux).

L'objectif de développer des recherches visant à promouvoir des comportements favorables à la prévention et au maintien en bonne santé n'est bien sûr, en aucun cas, synonyme d'adhésion à un quelconque paradigme « individualiste » ou « moralisateur ». La promotion de l'activité physique, unanimement reconnue comme un des éléments essentiels de la prévention des pathologies chroniques en général, suppose par exemple une compréhension fine du rôle des transformations de l'environnement bâti et social comme déterminants de la sédentarité [18]. De même, les sciences humaines, économiques et sociales appellent l'attention sur le fait que des actions de dépistage et de prévention, au départ les mieux intentionnées, peuvent involontairement aggraver les inégalités, et sur la nécessité d'identifier les moyens les plus adaptés pour éviter ou limiter de tels effets pervers [68].

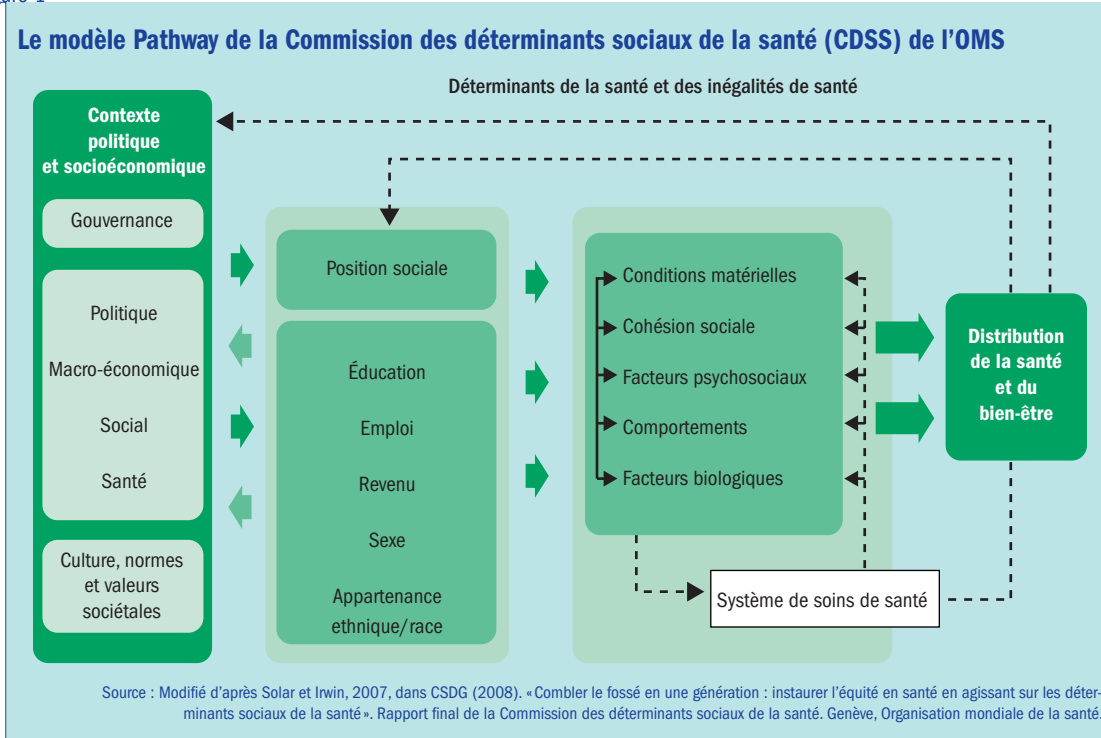
### La recherche interventionnelle : une composante indispensable

Le lien entre déficit de prévention et inégalités de santé incite à proposer des modalités innovantes et risquées de recherche et à inscrire plus directement la recherche au service de l'action. La recherche ne doit plus seulement porter sur la mesure des inégalités et sur leurs déterminants, mais aussi sur la définition et l'évaluation rigoureuse d'interventions et de politiques publiques visant à les réduire. Les expériences de terrain conduites

7. <http://www.e-cancer.fr/publications/91-recherche/624>, <http://www.e-cancer.fr/publications/91-recherche/624-les-changements-de-comportements-a-risque-de-cancer-et-leurs-determinants-individuels-et-collectifs>

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

figure 1



au Québec ou dans certaines villes européennes comme Birmingham en Angleterre, Glasgow en Écosse ou Malmö en Suède, comme celles que s'efforcent de soutenir, en France, le réseau villes/santé de l'OMS et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), confirment que ces interventions ne peuvent se contenter d'impliquer le seul système de soins mais se doivent d'être intersectorielles si elles veulent être efficaces [70].

*La recherche en prévention implique donc de rattraper le retard français dans le domaine de la recherche interventionnelle. Celle-ci bénéficie de plusieurs décennies de recherche au plan international dans des domaines tels que la prévention et la promotion de la santé, l'éducation pour la santé et les interventions dans les communautés. Elle a pour objectif d'évaluer, par des méthodes expérimentales ou quasiexpérimentales, les impacts de nouvelles politiques, programmes et répartition des ressources sur la santé des populations et sur les inégalités de santé. Tout en maintenant des exigences absolues de qualité et de validation des résultats par la publication dans les meilleures revues scientifiques, la mise en œuvre à une échelle significative de la recherche interventionnelle en santé implique des modalités innovantes de collaboration (et de financement) entre chercheurs, d'une part, et acteurs de terrain et professionnels de santé, d'autre part. La recherche interventionnelle doit s'appuyer sur la nécessaire participation des patients et groupes exposés eux-mêmes, de leurs proches et*

de leurs associations (ce que certains désignent, dans le monde anglo-saxon, sous le vocable de « recherche communautaire »).

En pleine convergence avec l'ISP et Aviesan, l'INCa, l'IRESP et l'ensemble de ses partenaires (notamment DGS, Inpes, Cnamts, RSI et CNSA), ainsi que la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, l'ANRS (sida et hépatites), et la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre les toxicomanies) ont décidé de joindre leurs efforts pour soutenir et promouvoir la recherche sur la prévention. Une première initiative commune est le lancement d'un appel à projets de recherche qui, pour cette année 2013, portera sur la prévention primaire, et en particulier sur les déterminants et les possibilités de modification des comportements individuels et collectifs. Cet appel inclura une forte composante visant à faciliter les recherches interventionnelles tout en restant très ouvert aux autres aspects de la recherche en prévention. Dans toute la mesure du possible, cet appel à projets a vocation à être renouvelé dans les années qui suivent afin de contribuer à la structuration durable, dans notre pays, d'un champ de recherche compétitif au plan européen et international sur la prévention dans toutes ses dimensions. ↑