

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. *Comblant 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].

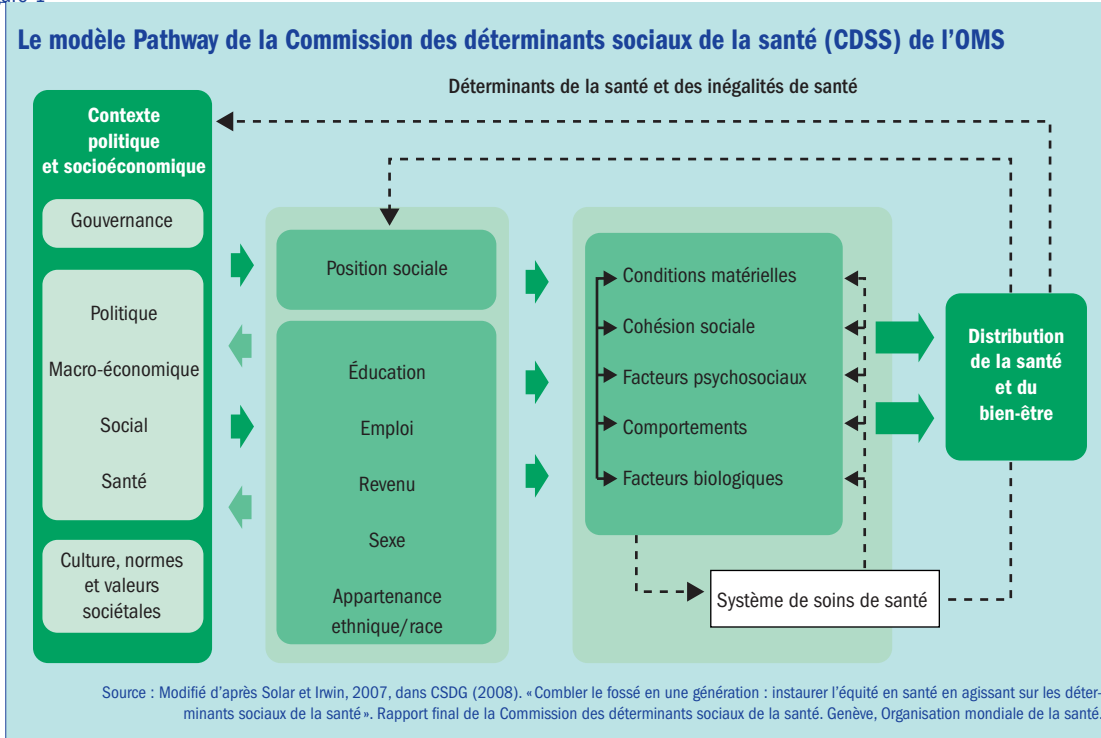
### La recherche interventionnelle : une composante indispensable

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. ↑