



Avant de plaider pour une politique de prévention, de définir des actions, mieux vaut tenter d'en connaître les obstacles et les difficultés.

Roger Salamon
Président du Haut Conseil
de la santé publique

Les obstacles à la prévention

Il n'est jamais très simple de parler de prévention car en l'évoquant on risque aisément d'apparaître normatif, moralisateur, inquiet face au futur... bref, d'apparaître un peu vieux jeu.

Cette mauvaise réputation est le premier reflet des obstacles rencontrés lorsque l'on aborde ce domaine complexe.

Un autre obstacle majeur au développement de la prévention est induit par ses plus pressants défenseurs qui, à tort, trop souvent opposent le préventif au curatif.

Mieux vaut prévenir que guérir, a-t-on coutume de dire. C'est une double erreur, de fond et stratégique :

- d'une part, cela oppose deux démarches qui, au contraire, doivent se compléter, se renforcer ;

- d'autre part, et là est l'erreur stratégique, le préventif ne peut que sortir considérablement affaibli d'une telle confrontation.

En effet, le constat est clair : nous vivons sous la règle d'une démarche essentiellement curative qui associe des intérêts économiques multiples et une adéquation aux valeurs dominantes (l'égalité de l'accès aux soins, le libre choix de son médecin, la solidarité...).

Opposer la démarche préventive au système de soins est un pari perdu d'avance.

La solution viendra d'un changement de discours, en s'ingéniant à faire ressortir les complémentarités des deux pratiques.

Mais il faudra alors tenir compte d'un changement de valeurs qui explique les difficultés que nous rencontrerons dans ce désir de complémentarité.

En prenant pour cible des populations à risque plutôt que des malades, la prévention

impose un glissement des valeurs de l'égalité vers l'équité.

La démarche de la prévention est par définition inégalitaire, celle du système de soins est censée être égalitaire.

Il faut admettre cette inégalité, la construire, pour bâtir des programmes de prévention qui devront bénéficier à certains plus qu'à d'autres.

Un autre obstacle est de bien répondre aux questions suivantes.

Que prévenir? Qui décide et comment?

Pour pouvoir anticiper l'apparition d'un événement morbide donné, il faut en premier lieu le définir comme un problème de santé publique.

Or la prévention concerne bien souvent des publics indemnes de maladie et qui ne sont porteurs ni de plaintes ni de demandes.

Programmer une intervention publique en l'absence de demande représente incontestablement une difficulté majeure.

Le plus souvent une intervention n'est rendue légitime qu'après une prise de conscience de la population.

Comme l'explique très bien le sociologue Michel Setbon, c'est en devenant public que le problème de santé devient une question politique, et il précise que « *c'est bien là une des difficultés, car en devenant politique, en acquérant cette légitimité démocratique, le problème de santé publique peut s'écarter de ses fondements scientifiques ou de ses bases rationnelles* ».

Ainsi, un certain nombre de problèmes de santé sont devenus publics (par exemple l'amiante, la vache folle, le nucléaire), mais

en même temps, devenus objets de débats, de surenchères, de médiatisation volontiers simplificatrice, otages de certains lobbies, objets de crainte de certaines poursuites pénales... ces mêmes problèmes conduisent à des réponses politiques parfois inadaptées avec souvent l'excuse protectrice du principe de précaution.

Cet écart entre « rationalité souhaitable et politisation nécessaire » représente un sérieux problème.

Prévenir, d'accord, mais comment faire ?

La prévention est difficile, on pourrait même dire délicate, et nous devons nous en persuader et bannir de ce fait les déclarations un peu simplistes (il n'y a qu'à, il faut que...) ou les faciles accusations abruptes.

Tout n'est pas toujours aussi simple et il ne suffit pas d'interdire. Le professeur Got explique très bien que les effets pervers d'un système de prohibition peuvent être plus graves que ceux d'un système régulé et contrôlé.

Plusieurs exemples peuvent aisément nous convaincre des difficultés de mise en place d'actions de prévention. Les vaccinations illustrent bien ce propos. Ainsi, les vaccinations contre l'hépatite B, ou plus simplement contre la grippe, ne sont pas sans poser des problèmes de stratégie et de populations cibles. De même, si un vaccin contre le sida devenait disponible, sera-t-il justifié de l'appliquer à l'ensemble de la population, ou faudra-t-il le proposer, sinon l'imposer, à des sujets à risque, ou encore l'offrir sur une base du volontariat ? L'éducation pour la santé reflète aussi assez bien cette complexité ; rares sont ses succès, et ses méthodes ne sont pas toujours bien maîtrisées. Il faut dire que la tâche est malaisée car il s'agit en ce domaine de changer des comportements ; on en mesure les difficultés ! Le dépistage, enfin, représente une excellente illustration de ces difficultés ; c'est un problème essentiel, bien connu d'ailleurs. Que faut-il dépister ? Qui faut-il dépister ? Comment effectuer ce dépistage ? Avec quelle périodicité ?

Telles sont les questions majeures le plus souvent non résolues malgré le nombre important d'études et l'apparente simplicité des questions posées.

La prévention peut-elle être nuisible ?

À côté de ces difficultés d'ordre méthodologique, illustrées par les exemples précédents, il faut aussi avoir à l'esprit les possibles effets nocifs de la prévention. Par exemple, une campagne de dépistage des cancers implique

le risque d'inquiéter à tort, d'imposer des examens inutiles, de transformer brutalement un « bien portant » en malade. Enfin, comme l'écrit Denis Malvy : « *il faut se méfier de certains discours sur la prévention trop souvent producteurs de normes qui risquent d'induire des dérapages idéologiques, passant du souhaitable à l'obligatoire, de la responsabilité à la coercition, de l'incitation à la punition* ».

Deux problèmes ne doivent pas être sous-estimés.

Le coût de la prévention

Il serait très inexact de croire ou laisser croire que la prévention est un facteur de réduction des coûts. Si c'est le cas, c'est une conséquence parallèle et non un objectif. Le plus souvent d'ailleurs la prévention impose, au moins au début, des coûts supplémentaires parfois importants.

Le perçu et le réel

Je voudrais enfin ajouter une autre difficulté qui tient à la différence entre le perçu et le réel. Très généralement, la prévention s'adresse à des personnes en bonne santé (au moins apparemment) que l'on essaie de persuader des risques qu'elles encourent afin qu'elles s'en protègent.

Cela introduit, dans la classique dichotomie sain ou malade, une troisième catégorie : les individus à risque, qui représentent un groupe rarement homogène. En effet, si la notion de risque est une notion probabiliste assez bien maîtrisée par l'épidémiologiste, sa perception par les individus est évidemment très diverse :

- pour certains, tout cela n'arrive qu'aux autres ;
- pour d'autres, ils se refusent à s'imaginer dans un futur lointain (il est rare d'intéresser un jeune adolescent aux pathologies qu'il pourrait présenter ou éviter lorsqu'il sera un vieillard de 50 ans) ;
- pour d'autres, les risques qu'ils encourent constituent un stimulant supplémentaire à leur conduite à risque ;
- pour d'autres, rien ne dépasse le dogme d'une totale liberté individuelle ;
- pour d'autres, enfin, la perception qu'ils ont des risques s'intègre dans une vision très personnelle et parfois irrationnelle du monde qui les entoure : le risque nucléaire, par exemple, est souvent perçu dans une exacerbation, parfois proche de la panique qui contraste outrageusement avec l'acceptation indifférente ou résignée du risque tabagique ou des accidents de la voie publique, pourtant bien plus importants.

Prendre conscience de tous ces obstacles à la prévention ne doit évidemment pas nous décourager. L'objectif est au contraire de nous imposer une indispensable rigueur pour garantir un succès nécessaire. ↑



Vaccination : entre recommandation et obligation

La vaccination est l'action de prévention la plus efficace. Or il existe en France une obligation vaccinale pour certaines maladies et une recommandation pour d'autres. Le maintien ou non de cette obligation en population générale relève d'un choix sociétal qui mérite un débat.

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 56.

Daniel Floret

Université Claude Bernard Lyon1, président du Comité technique des Vaccinations, Haut Conseil de la santé publique

François Bourdillon

Président de la Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé, Haut Conseil de la santé publique

Le Haut Conseil de la santé publique a organisé durant l'année 2012 une série de séminaires consacrés à la vaccination. La problématique de l'obligation vaccinale a fait l'objet du premier d'entre eux, cela en outre dans le cadre de la démarche du programme de la Direction générale de la santé, prévoyant une redéfinition de la notion de vaccination obligatoire et recommandée [1].

La France : une situation particulière

La France présente la particularité d'avoir des obligations vaccinales : la première obligation a été instaurée en France en 1902 (variole). Entre 1938 et 1964, d'autres vaccinations ont été rendues obligatoires en population générale : diphtérie, tétanos, tuberculose et poliomyélite. Ces maladies présentaient alors un caractère épidémique et généraient une mortalité élevée, l'obligation permettant en outre de rendre le vaccin accessible à tous. Après celle de la variole en 1984, l'obligation de la vaccination par le BCG a été suspendue en 2007.

Parmi les pays industrialisés, notamment en Europe (en dehors de quelques pays de l'Europe de l'Est), seules la France et l'Italie ont encore des obligations vaccinales larges [2] (la Belgique ayant conservé une obligation vis-à-vis de la poliomyélite et certains cantons suisses vis-à-vis de la diphtérie).

Les obligations vaccinales françaises

Elles concernent les milieux professionnels, la Guyane (fièvre jaune), les voyageurs (selon le Règlement sanitaire international) voire les mesures sanitaires d'urgence. En fait

cette analyse se limite aux obligations vaccinales en population générale, lesquelles ne concernent que l'enfant. La vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sont obligatoires avant l'âge de 18 mois. Les rappels de vaccin poliomyélique de 6 ans et de 11-13 ans le sont également. La justification doit en être fournie lors de l'admission dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants.

Les avantages de l'obligation vaccinale

L'utilisation de vaccins combinés tire vers le haut la couverture vaccinale des vaccins non obligatoires. Ainsi, la couverture vaccinale vis-à-vis de la coqueluche et d'*Haemophilus influenzae* est proche de celle des vaccins obligatoires (soit plus de 98 % chez le nourrisson). L'augmentation du pourcentage de nourrissons vaccinés contre l'hépatite B depuis le remboursement du vaccin hexavalent en est une autre illustration [3].

Pour le médecin, l'obligation vaccinale représente indiscutablement un confort en ceci qu'elle permet d'éviter des négociations parfois difficiles.

Toutefois, ces avantages méritent d'être nuancés : les pays dépourvus d'obligation obtiennent des couvertures vaccinales comparables aux nôtres [4], il est vrai pour certains pays (États-Unis) grâce à des obligations déguisées (obligations à l'entrée à l'école imposée par des États).

Par ailleurs, les opposants à la vaccination ne manquent pas d'objecter que cette pratique permet de vacciner les enfants contre certaines maladies à l'insu des parents.

Les paradoxes de la situation actuelle

Aucun des nombreux vaccins introduits au calendrier vaccinal depuis 1964 n'a été rendu obligatoire. Or certaines maladies pour lesquelles la vaccination est recommandée ont un fardeau comparable, voire plus important, que celui des maladies pour lesquelles la vaccination est obligatoire. Ainsi, l'hépatite B [5] et les infections à papillomavirus humains [6] sont respectivement responsables annuellement en France d'environ 1 300 décès par cirrhose ou cancer du foie pour le premier et, pour les secondes, de 1 000 décès par cancer du col de l'utérus.

Les obligations actuelles ne concernent que l'enfant et non les rappels des adultes, pourtant seuls concernés par les cas résiduels de diphtérie et de tétanos. La rareté des cas de tétanos actuellement enregistrés en France est liée à la pratique de ces rappels, pourtant non obligatoires.

L'atteinte à la liberté a été de tout temps un argument des opposants traditionnels à l'obligation vaccinale. La plupart des pays anglo-saxons ont de ce fait adopté une clause de conscience avec trois formes d'exemption : médicale, religieuse et philosophique [2]. En France, l'obligation vaccinale peut paraître à certains égards en contradiction avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, instituant la possibilité de donner à toute personne le choix de refuser des soins.

L'application des obligations actuelles génère des difficultés difficilement gérables

Le statut d'obligation vaccinale discrédite les vaccins «seulement recommandés». Dans une enquête de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), 53 % des personnes interrogées pensent que les vaccins recommandés sont moins importants que les vaccins obligatoires [8]. Ce double régime est ainsi source d'incompréhension tant pour les professionnels de santé que pour la population générale.

Les vaccins administrés de manière habituelle chez les enfants associent des valences vaccinales recommandées et obligatoires, ce qui rend la distinction entre obligation et recommandation difficilement compréhensible.

Dès lors qu'il existe une obligation limitée à trois vaccins, les parents peuvent être fondés à exiger que leurs enfants ne reçoivent que ceux-là. Or, le vaccin diphtérie-tétanos-poliomyélite (DTP), seul adapté à la vaccination

des nourrissons, n'est plus disponible. Il est donc actuellement difficile de n'administrer que les vaccins obligatoires chez les jeunes enfants à l'aide des vaccins commercialisés.

Un même vaccin peut bénéficier d'un régime indemnitaire différent selon qu'il a été administré dans le cadre de l'obligation vaccinale ou de la recommandation. En outre, l'interprétation peut être difficile lorsqu'un effet secondaire survient après l'administration d'un vaccin combinant les valences obligatoires et recommandées.

Une crainte : la chute des couvertures vaccinales suite à une levée de l'obligation

La diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sont devenus des maladies rares grâce à la vaccination. Le maintien d'une couverture vaccinale élevée vis-à-vis de ces maladies reste cependant nécessaire car *C. diphtheriae* continue à circuler dans le monde (Russie, Ukraine ou Lettonie), certaines régions restant endémiques (Sud-Est asiatique, Amérique du Sud, Moyen-Orient et Afrique, notamment Madagascar). L'éradication de la poliomyélite s'avère problématique du fait de la résistance de certaines populations à la vaccination. Ainsi, le dernier bilan de novembre 2012 de l'OMS rapporte trois pays encore endémiques (Afghanistan, Nigeria et Pakistan), et un pays avec rétablissement d'une transmission active à partir de cas importés, le Tchad. Le tétanos ne peut être éradiqué, le réservoir de *Clostridium tetani* étant tellurique.

La suspension en juillet 2007 de l'obligation de vaccination par le BCG (remplacée par une forte recommandation de vaccination chez les enfants jugés à risque élevé de tuberculose) est volontiers présentée comme responsable de la chute de la couverture vaccinale. En réalité, l'arrêt, en janvier 2006 de la commercialisation du Monovax® permettant la vaccination par multipuncture et son remplacement par le BCG SSI®, nécessitant une injection par voie intradermique a été suivi d'une diminution estimée à plus de 50 % de la couverture vaccinale, alors que l'obligation était encore en vigueur. La couverture vaccinale BCG est aujourd'hui supérieure à son niveau de 2006 tout en restant insuffisante dans les populations ciblées par la recommandation, notamment hors Île-de-France [9].

Les enquêtes réalisées par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Inpes dans l'enquête Nicolle en 2007 [10, 11] soulèvent quelques inquiétudes sur ce qui pourrait advenir en cas de levée de l'obligation vaccinale :

– En population générale, 56,5 % des personnes interrogées sont favorables à l'obligation vaccinale et 35,4 % pour certains vaccins seulement. Cependant, plus le niveau d'études est élevé, moins les personnes sont favorables à l'obligation. Dans l'hypothèse d'une suspension de l'obligation vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, 21,3 % des personnes s'interrogeraient sur le bien fondé d'administrer les mêmes vaccins à tous les enfants (dont 2,2 % considèrent que ces vaccinations devraient être interrompues).

– Chez les médecins, 42 % sont favorables à l'obligation vaccinale. Dans l'hypothèse d'une suspension de l'obligation vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, une très grande majorité des médecins insisterait auprès des familles sur l'importance qu'il y aurait à continuer à vacciner les enfants : 83,3 % des généralistes et 90,3 % des pédiatres. Une très faible proportion d'entre eux déconseillerait totalement la vaccination : 0,6 % des médecins généralistes et 0,3 % des pédiatres. Mais, respectivement 14,9 % et 9,2 % d'entre eux affirmeraient qu'ils conseilleraient aux parents de faire vacciner leurs enfants tout en leur laissant la possibilité de ne pas le faire.

Comment peut-on avancer ?

Le débat sur l'obligation vaccinale est désormais public. En outre, les polémiques soulevées par la difficulté à n'administrer que les vaccins obligatoires à ceux qui refusent les autres créent une situation de plus en plus difficile pour les médecins vaccinateurs. La position des autorités de santé, qui conservent des obligations vaccinales tout en publiant un calendrier vaccinal ne prenant pas en compte cette notion, est vécue comme ambiguë et mérite clarification. En réalité, les problèmes peuvent s'analyser sous trois niveaux :

– Le principe du bien-fondé des obligations vaccinales est une question sociétale qui mérite un large débat que le pouvoir politique devrait organiser.

– Dans l'hypothèse où le principe du maintien d'obligations vaccinales serait maintenu, l'établissement de la liste des vaccins obligatoires relève de l'expertise qui devra préciser les critères qui feraient entrer tel vaccin dans cette liste : fréquence de la maladie, gravité, objectifs à atteindre et couverture nécessaire prenant en compte la nécessité (ou non) d'une immunité de groupe. Cette liste devrait être périodiquement révisée en fonction de l'évolution de l'épidémiologie, mais aussi des vaccins disponibles.



— Le statut juridique des vaccins doit être redéfini : dans l'hypothèse d'une levée des obligations vaccinales, il s'agit de prévenir une chute dommageable des couvertures. Dans l'hypothèse du maintien d'un régime double d'obligation et de recommandation, il faut faire en sorte que les vaccins recommandés ne soient plus considérés comme facultatifs. Quelle responsabilité encourt-on à refuser

(pour soi ou pour ses proches) un vaccin officiellement recommandé par les autorités de santé? La question mérite d'être discutée, l'obligation à signer une « attestation de refus éclairé » pouvant être une première réponse. De même, quelle responsabilité pour un médecin qui omet de proposer, voire déconseille un vaccin pourtant inscrit au calendrier par les autorités de santé?

À l'évidence, le problème n'est pas simple et son abord peut comporter des risques. Par contre, si ce débat s'inscrit dans un contexte d'affichage par des autorités de santé d'une politique volontariste vis-à-vis de la vaccination, nul doute que cela pourra être vécu comme une véritable avancée de la démocratie sanitaire. ↑

Références

1. Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_damelioration_de_la_politique_vaccinale.pdf
2. Bertrand A., Torry D. *Libertés individuelles et santé collective. Une étude socio-historique de l'obligation vaccinale*. Cermes- Rapport au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, novembre 2004, 108 pages. Disponible sur http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/39/73/64/PDF/Obligation-vaccinale_Rapport-final.pdf
3. Guthmann J.P., Fonteneau L., Lévy-Bruhl D. *Mesure de la couverture vaccinale : sources et données actuelles*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2012, 4 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>
4. « Reference section Immunization profile indexes ». In : *WHO vaccine-preventable disease monitoring system*, 2010 global summary ; p. 32-242. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IVB_2010_eng_p32-R242.pdf
5. Péquignot F., et al. « Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 2001 ». *BEH* ; 27 : 237-40. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2008/27/beh_27_2008.pdf
6. Haute Autorité de santé. *État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Synthèse et recommandations*. Juillet 2010. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1009772/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus-en-france
7. Article L. 1111-4 du Code de la santé publique.
8. Étude Canvac sur la perception de la vaccination auprès d'un échantillon représentatif de 957 personnes. Enquête BVA/Inpes, septembre 2004. Étude non publiée.
9. Guthmann J.P., et al. « Impact épidémiologique de la suppression de l'obligation vaccinale par le BCG et mesure de la couverture vaccinale ». *BEH* 2012 ; 24-25 : 288-91.
10. Gautier A., Jauffret-Roustide M., Jestin C. (dir.). *Enquête Nicolle 2006 : connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux*. Saint-Denis, Éditions Inpes, collection *Études santé*, 2008, 241 p. Dossier de presse disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp081125.pdf>
11. Nicolay N., et al. « Mandatory immunization : The point of view of the French general population and practitioners ». *Vaccine* 2008 ; 26 : 5484-93.

Cancer : les limites du dépistage

L'efficacité du dépistage d'un cancer n'est ni évidente ni permanente, elle doit être évaluée régulièrement afin de garantir que tous les dépistages proposés aient un rapport avantages/inconvénients en faveur des patients et des populations.

Louis Rachid Salmi

Université de Bordeaux, Inserm, Isped, Centre Inserm U897-Épidémiologie-Biostatistique, CHU de Bordeaux, Pôle de santé publique, Service d'information médicale, Bordeaux

Simone Mathoulin-Pelissier

Université de Bordeaux, Inserm, Isped, Centre Inserm U897-Épidémiologie-Biostatistique, Institut Bergonié, Unité de recherche et d'épidémiologie cliniques, Bordeaux

Le dépistage est défini comme la détection précoce d'une anomalie inapparente, dans le but de la prendre en charge tôt et, ainsi, éviter ou atténuer ses conséquences négatives. L'anomalie peut être un défaut génétique, une infection ou la phase préclinique d'une maladie chronique telle que le cancer. D'un point de vue clinique, le dépistage est une intervention de bon sens : l'expérience clinique, appuyée par de nombreuses études, suggère que le pronostic de nombreux cancers est d'autant plus mauvais que la maladie a évolué. Par ailleurs, un retard au diagnostic peut expliquer une présentation à une phase avancée. Dans ces conditions, il est logique de penser qu'une intervention précoce ne peut que valoir mieux que de ne rien faire et d'attendre les premières manifestations de la maladie. Cette vision, centrée sur la personne malade, ne correspond cependant pas à la réalité du dépistage, intervention de santé publique qui est proposée à des individus dont une majorité ne sont pas malades.

L'efficacité du dépistage fait régulièrement l'objet de débats. Des évaluations indiquent notamment qu'il peut y avoir un fossé entre l'efficacité théorique, même démontrée par des essais randomisés, et l'efficacité réelle des programmes mis en œuvre. Il n'y a pas de consensus sur quels doivent être le calendrier et les modalités des évaluations d'un programme de dépistage et, de ce fait, la durée de l'efficacité du dépistage est rarement questionnée. De plus, les évaluations du dépistage sont habituellement fondées sur des comparaisons avec l'option « ne rien faire » et ne tiennent pas compte des progrès obtenus en prévention ou en traitement.

Dans cette tribune, nous discutons les déterminants de l'efficacité d'un dépistage du cancer et les difficultés de son évaluation. Nous insistons sur l'importance d'une formalisation de cette évaluation et sur la place de la comparaison avec d'autres options pour appuyer les décisions.

Déterminants de l'efficacité d'un dépistage

Le dépistage repose sur une hypothèse forte : l'identification d'un cancer dans sa phase latente permet une mise en œuvre d'un traitement efficace ; ce traitement est supposé diminuer la fréquence des conséquences graves, notamment la létalité. Pour que le traitement précoce puisse être efficace, cependant, il faut qu'il soit accepté et que le cancer ait été identifié assez tôt, donc que le test de dépistage ait été accepté et qu'il soit exact.

Depuis 1968, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé des critères d'indication du dépistage [84]. Certains critères s'appliquent à tous les programmes de santé publique (importance du problème dans la population ; efficacité démontrée ; acceptabilité pour la population et pour le système de santé) ; les autres sont spécifiques du dépistage (existence d'une phase latente longue ; disponibilité d'un test exact et d'un traitement acceptable en phase latente).

La réponse aux critères dépend du contexte de mise en œuvre du dépistage :

- le dépistage systématique ou communautaire (en anglais, *mass screening*) consiste à proposer la détection précoce à toute une population non sélectionnée (exemple de la mammographie pour dépister le cancer du sein) ;



– le dépistage sélectif, ou ciblé (*targeted screening*), propose la détection précoce à une population sélectionnée sur des critères explicites, notamment de risque élevé (exemple de la colonoscopie chez les apparentés de personnes ayant eu un cancer du côlon) ;

– la recherche de cas, ou dépistage opportuniste (*case finding*), propose le test à des individus à l'occasion d'un contact avec le système de santé (exemple du frottis cervico-utérin lors d'une consultation médicale).

Chacun de ces dépistages est associé à des caractéristiques contrastées des populations, notamment en termes de prévalence et d'acceptabilité.

En conditions réelles, l'efficacité du dépistage peut être diminuée ou absente si :

– la phase latente est courte : si le cancer évolue vite, le test va identifier surtout des personnes qui auraient été détectées rapidement après et dont la prise en charge ne sera que très peu anticipée ;

– les tests disponibles – dont la performance peut avoir été démontrée dans un contexte de diagnostic – ne sont pas adaptés à identifier les phases latentes, entraînant de nombreux faux négatifs et faux positifs ;

– les traitements disponibles ne sont pas plus efficaces en phase latente qu'en phase clinique.

L'évaluation de l'efficacité du dépistage est par ailleurs soumise à de nombreux biais. Le biais de sélection est lié au fait que les personnes qui acceptent le dépistage ou son évaluation ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population qui devrait en bénéficier ; une surestimation de l'acceptabilité des tests et des traitements va entraîner une surestimation de l'efficacité du traitement et donc une sous-estimation de la létalité. De plus, les personnes qui acceptent un dépistage sont généralement celles qui sont plus conscientes des enjeux de santé, plus sensibles à la prévention et peuvent donc être moins à risque de développer un cancer ; cette prévalence plus faible va augmenter le nombre de faux positifs.

Le biais d'anticipation résulte du fait que, par principe, la détection précoce entraîne un allongement apparent de la survie, même en l'absence d'efficacité ; les malades étant en effet identifiés plus tôt, le délai entre diagnostic et décès sera automatiquement plus long. À l'extrême, l'identification précoce peut entraîner un biais de durée, comme pour le cancer de la prostate par exemple, lorsque certaines formes identifiées correspondent à un cancer à progression lente ou régressive, c'est-à-dire des maladies qui n'auraient jamais atteint la phase

clinique. Le dépistage n'apporte alors que des inconvénients (stigmatisation éventuelle¹, effets indésirables des tests et du traitement). Ces deux biais liés au temps impliquent que l'évaluation de l'efficacité ne peut pas se contenter d'observer le devenir des personnes malades, mais doit reposer sur une comparaison de la mortalité, toutes causes confondues, dans des populations soumises ou non au dépistage. L'impact de ces biais peut varier selon le contexte du dépistage, celui-ci étant d'autant plus important que le dépistage est généralisé.

Pièges de la décision concernant le dépistage

La mise en œuvre d'un dépistage ne doit être envisagée qu'après avoir vérifié que toutes les garanties sont prises pour que l'impact soit favorable. Les décisions concernant l'opportunité de prescrire un test ou de proposer un programme de dépistage sont cependant confrontées à de nombreuses difficultés aux conséquences potentiellement graves.

Premièrement, un programme de dépistage ne doit être proposé que si la maladie est réellement assez fréquente et ses conséquences suffisamment graves pour justifier une approche de santé publique. Si ce principe, déjà présent dans les critères de l'OMS, est accepté pour la mise en œuvre, il n'est que rarement évoqué pour définir la « durée de vie » d'un programme. D'un côté, un des effets du programme sera d'augmenter la prévalence, donc la charge du cancer ciblé sur le système de santé ; d'un autre côté, un programme efficace va réduire la létalité, augmenter la fréquence des « guérisons »² et peut favoriser des prises en charge plus légères et moins coûteuses. Le fardeau des cancers ciblés par les dépistages, par exemple le cancer du sein, doit donc être régulièrement réévalué.

Deuxièmement, l'impact du traitement des personnes identifiées comme ayant le cancer n'est pas forcément positif. En effet, l'identification de formes asymptomatiques aura souvent comme effet apparent de rendre les gens malades. Ce caractère iatrogène du dépistage peut être lié à la stigmatisation ou aux effets indésirables des tests et du traitement. Ces effets indésirables sont encore plus problématiques quand ils touchent des personnes ayant des formes qui n'au-

raient jamais évolué (sur-diagnostic ou sur-détection), ou des personnes qui n'ont pas de cancer (effets indésirables des traitements inutiles chez les faux positifs ou des tests chez les vrais négatifs). Enfin, quand il s'agit d'un cancer qui progresse lentement chez des personnes suffisamment âgées pour que de nombreuses causes puissent entraîner le décès, le dépistage n'aura pas d'impact sur la mortalité spécifique du cancer ciblé. Tous ces inconvénients sont observés, par exemple, pour le dépistage du cancer de la prostate.

Troisièmement, il est extrêmement difficile de prédire quel sera le rapport avantages/inconvénients en conditions réelles. Théoriquement, l'essai randomisé permet de fournir les faits les plus robustes en faveur de l'efficacité du dépistage. Cependant, les essais randomisés sont rarement représentatifs des conditions réelles : les participants, pour les raisons évoquées plus haut, n'ont pas le même niveau d'acceptabilité que la population cible théorique ; par ailleurs, les essais de dépistage nécessitant un suivi extrêmement long, les conclusions sont rarement applicables au contexte dans lequel un programme sera envisagé, car les tests et les modalités de prise en charge – et leurs coûts – peuvent considérablement évoluer³.

Quatrièmement, il n'y a pas de consensus sur le critère de jugement de l'efficacité, mortalité spécifique ou mortalité globale. Les limites de la mortalité spécifique sont liées aux difficultés d'imputer le décès au cancer ciblé et à la nature même de ce paramètre : la mortalité spécifique (M_s) dépend en effet de la prévalence (P), la proportion de malades dans la population) et de la létalité (L , la proportion de ces malades qui décèdent du fait de la maladie), selon la formule $M_s \approx P \times L$. M_s pourrait ne pas varier si le gain en létalité est compensé par l'augmentation de prévalence qui résulte du dépistage. La prévalence elle-même dépendant de l'incidence (I , le risque de développer le cancer pendant une période donnée) et de la durée moyenne de la maladie (D_m), selon la formule $P \approx I \times D_m$, l'effet du dépistage sur la prévalence peut être accentué ou atténué selon que l'effet du traitement précoce soit d'augmenter la fréquence des guérisons (entraînant ainsi une diminution de la D_m) ou d'augmenter la durée de la survie avec cancer (entraînant ainsi une augmentation de la D_m). La mortalité globale, quant à elle, est critiquée, car elle ne refléterait pas

1. La stigmatisation est un obstacle à l'acceptabilité du dépistage par certains patients, mais aussi par certains médecins traitants.

2. La notion de guérison, et donc la durée d'un cancer, est particulièrement difficile à définir de façon consensuelle et pour tous les cancers.

3. Exemple du test au gaïac et du test immunologique pour le cancer colorectal, et de la mammographie conventionnelle et la mammographie numérique pour le cancer du sein.

directement l'efficacité du dépistage. On peut au contraire argumenter qu'elle est plus proche du rapport avantages (gain de survie pour les malades) sur inconvénients (notamment l'impact des effets indésirables des tests et des traitements), qui devrait être estimé sur l'ensemble de la population.

Enfin, les évaluations de l'impact du dépistage ne sont pas toujours fondées sur des comparaisons pertinentes. Les essais comparent la proposition du dépistage à l'absence de proposition et les analyses tiennent habituellement compte des phénomènes importants que sont le défaut d'adhésion (refus du test dans le groupe dépistage) et la contamination

(dépistage proposé spontanément dans le groupe témoin). Cette analyse est pertinente, mais elle ne considère pas, pour évaluer l'impact du dépistage, d'autres options importantes (la prévention et les progrès thérapeutiques), qui influencent les paramètres clés que sont l'incidence et la létalité. Certes, les essais comparant toutes ces options seraient pratiquement impossibles à réaliser, mais l'évaluation de l'impact du dépistage en conditions réelles devrait tenir compte de l'évolution de la prise en charge et des programmes de prévention existants.

Conclusion

L'efficacité de dépistage d'un cancer ne devrait

être considérée ni comme évidente ni permanente. La nécessité d'une évaluation régulière exige de conforter le système de surveillance des cancers (registres...), de leur prise en charge (systèmes d'information hospitaliers, assurance maladie...) et un retour d'expérience complet sur toutes les formes de dépistage (systématique, ciblé et surtout opportuniste) et leurs conséquences (survie, effets indésirables, sur-détection, coûts...). Seule l'intégration de l'information pertinente dans des modélisations décisionnelles régulières garantira que tous les dépistages proposés ont et maintiennent un rapport avantages/inconvénients en faveur des patients et des populations. ↑

tribunes

Promotion de la santé et prévention des décès, incapacités prématurés et inégalités évitables

La promotion de la santé permet d'accroître l'aptitude à améliorer et maintenir durablement sa santé. Elle a des effets sur les modes de vie individuels et sur l'environnement matériel et social.

René Demeulemeester

Président de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé

Christine Ferron

Directrice de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Bretagne

La prévention primaire des maladies et la promotion de la santé sont étroitement liées et complémentaires bien qu'elles puissent différer par leurs objectifs, leurs stratégies ou leurs méthodes.

Prévention des maladies et promotion de la santé : des approches différentes mais complémentaires

La prévention a une porte d'entrée par pathologie qu'elle cherche à éviter ou par facteur de risque dont elle veut réduire l'impact, notamment par des actions individuelles ou collectives de formation ou d'information. La promotion de la santé vise à accroître l'aptitude des personnes et des groupes à améliorer et maintenir leur santé, notamment par l'éducation pour la santé. La prévention médicalisée consiste à mettre à la disposition de la population des services offerts par les professionnels du soin, tels que la vaccination, les dépistages ou les soins pré- et post-nataux.

La promotion de la santé fait référence à des stratégies plutôt collectives de mobilisation visant à agir sur les principaux déterminants de la santé (modes de vie, environnement matériel, environnement socio-économique). Ce en quoi elle est liée d'une part au développement communautaire et d'autre part à la prévention des maladies et accidents. Enfin, la promotion de la santé a aussi pour objectifs d'améliorer la qualité de vie par la création, en proximité des personnes, d'environnements matériels et sociaux qui facilitent l'adoption et le maintien de modes de vie favorables à la santé et au bien-être. Le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) précise dans un document récent que « ces stratégies s'appliquent à tout un ensemble de domaines, notamment la santé de la mère et de l'enfant, la santé sexuelle, la santé mentale, les comportements en matière de santé en rapport avec la tuberculose multirésistante et le VIH, la lutte contre la toxicomanie, la lutte antitabac,



la lutte contre l'alcoolisme, l'activité physique, la prévention de l'obésité, la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments, les risques sanitaires liés à l'activité professionnelle, la prévention des traumatismes, ainsi que l'hygiène du travail et de l'environnement» [63].

La santé est caractérisée par l'impact de quelques déterminants majeurs. Ces derniers dépendent moins du système de soins que de la capacité des collectivités et des personnes à faire évoluer leur environnement et leur mode de vie dans un sens favorable à leur bien-être et à leur santé

L'état de santé en France est caractérisé par l'opposition entre une espérance de vie très favorable après 65 ans et une mortalité « prématurée », avant 65 ans, élevée. La situation est particulièrement défavorable pour la part de la mortalité prématurée dite « évitable », qui regroupe en particulier des causes liées aux comportements à risque. En outre, les inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe [2]. Une très grande partie de ces causes de mortalité et d'incapacité prématurées et d'inégalités de santé est déterminée par quelques facteurs de risque ou de protection. Il s'agit en particulier, en allant des risques vers la protection, des consommations d'alcool et de tabac, de l'alimentation [45], des conditions de vie et de travail, de l'activité physique, des compétences psychologiques et sociales, et de la qualité des relations sociales.

Le système de soins ne peut prévenir qu'une partie des décès et incapacités évitables, la majorité étant liée aux facteurs sociaux, environnementaux et comportementaux. Ces derniers facteurs peuvent être influencés partiellement par des mesures de protection de la santé (veille et mesures sur les produits de consommation et les risques liés à l'environnement matériel), mais essentiellement par des évolutions des comportements et des conditions de vie et de travail. Ces conditions dépendent en général de l'action d'autres secteurs que celui de la santé. Ce champ d'activités est précisément celui de la promotion de la santé.

Les stratégies de promotion de la santé procurent aux collectivités et aux personnes des leviers efficaces pour influencer leurs environnements et leur mode de vie

À sa naissance, dans les années 80, la promotion de la santé est un mouvement

de santé publique qui affirme l'importance d'agir sur les déterminants de la santé et plus particulièrement sur les conditions sociales et économiques qui affectent la qualité de vie des personnes. La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, adoptée en 1986 par la plupart des pays du monde, dont la France, procurait à la santé publique un nouveau cadre de référence. Depuis, les conditions de succès des interventions de promotion de la santé ont été documentées [39]. Elles incluent la structuration de l'intervention autour des déterminants de la santé et l'utilisation d'une combinaison de stratégies pour agir sur ceux-ci. Cette combinaison vise simultanément à améliorer l'accessibilité des services et à créer un environnement physique favorable (ex. : cantines, pistes cyclables, environnements sûrs et respectueux des équilibres naturels, accès aux services d'aide à l'arrêt du tabac, accès à la contraception...), à renforcer un environnement social soutenant l'effort des personnes et des groupes dans l'amélioration de leurs conditions de vie (ex. : soutien des réseaux associatifs et de la démocratie sanitaire, engagement d'élus, de responsables d'établissement ou d'entreprise) et à accroître les ressources personnelles des personnes (ex. : développement des compétences psychologiques et sociales, accompagnement des changements...). L'implication de l'ensemble des parties prenantes (partenaires et intervenants des différents secteurs concernés, mais aussi populations destinataires de l'intervention) est nécessaire dans la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions. Enfin, l'expression d'une volonté politique forte qui apporte soutien, engagement et ressources dans la durée, est aussi un gage de succès. Les bénéfices de ces interventions, rapportés aux ressources engagées, apparaissent d'autant plus importants qu'elles sont intégrées dans un programme global, de type villes, écoles, entreprises ou hôpitaux promoteurs de santé, plutôt que morcelées par problème de santé ou par facteur de risque ou de protection.

La promotion de la santé, qui inclut l'éducation pour la santé, n'a donc pas seulement pour objet d'accroître les aptitudes individuelles en matière de santé. Elle vise aussi à faire évoluer le contexte social, politique, économique, et les conditions de vie des personnes, dans un sens favorable à leur santé. Elle encourage à concevoir des environnements matériels et sociaux qui non seulement ne mettent pas la santé en danger, mais aussi facilitent l'adoption et le maintien de comportements favorables à la santé. Elle

a pour ambition de « conférer aux personnes les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé » et de l'améliorer en agissant sur les facteurs qui ont un impact sur leur santé et celle de leurs proches par des interventions collectives et solidaires d'amélioration de la qualité de leur vie quotidienne [64]. Elle combine des mesures de niveau national ou régional (réglementation, campagnes médiatiques, accompagnement du changement...) et des interventions de niveau local, dans les principaux lieux de vie que sont les communes, les quartiers, les entreprises et les établissements scolaires. Ces interventions de proximité donnent aux personnes concernées (habitants, élus, responsables d'établissement, militants associatifs...) un réel « pouvoir d'agir » sur le choix des actions à mener et leur mise en œuvre. D'autres milieux sont également susceptibles de contribuer à promouvoir la santé. Les lieux de soins, de prise en charge médico-sociale, de protection de la jeunesse... ont un rôle majeur à jouer dans la promotion de la santé des personnes qu'ils prennent en charge, du personnel qui y travaille ou des populations qui vivent à proximité.

La promotion de la santé peut influencer des déterminants essentiels de la santé et du bien-être tels que l'alimentation et l'activité physique, les conduites addictives, la vie affective et sexuelle, la santé mentale. Elle peut aider à relever les défis que représentent la santé des enfants et des jeunes, la santé au travail, le vieillissement de la population. Ainsi, accroître l'estime de soi en établissant des relations interpersonnelles basées sur le respect mutuel, renforcer le lien social en créant des occasions de rencontres positives, abaisser le niveau de stress par un travail sur les organisations, réduire l'exposition au tabagisme passif et autres sources de pollution intérieure par des réglementations appropriées, maintenir un climat social favorable au recul du tabagisme ou à l'élévation de l'âge moyen de la première consommation d'alcool, ou encore créer des environnements de vie susceptibles d'accroître la proportion de personnes qui pratiquent plus de 30 minutes d'activité physique par jour ou consomment plus de 5 fruits et légumes, etc., sont autant d'objectifs concrets auxquels peuvent grandement contribuer des interventions proches des personnes dans les milieux de vie les plus courants [81].

Les parents, enseignants, professionnels de santé, travailleurs sociaux, groupes d'entraide, associations d'usagers ou d'habitants, élus,

chefs d'entreprise ou responsables d'administrations, syndicalistes... sont les acteurs naturels et légitimes de la promotion de la santé. Ils sont soutenus par des professionnels spécialisés qui les aident à faire un diagnostic de situation, à bâtir un projet d'action et son évaluation, qui facilitent le travail en réseau, apportent conseils méthodologiques, formation, documentation et outils pédagogiques et contribuent, au besoin, à l'animation des interventions [60].

En France, jusqu'à présent, les interventions de promotion de la santé, actions collectives menées en proximité et associant les citoyens ont été peu encouragées, peu reconnues et peu financées.

Certes nous avons la chance de bénéficier encore de grands services collectifs tels que la PMI, la santé scolaire et la santé au travail. Certes nous avons, au niveau national, un Institut de prévention et d'éducation pour la santé, établissement public, acteur des campagnes nationales et producteur de références scientifiques et techniques. Mais, à ce jour, il existe un manque évident de synergie de ces structures et dispositifs avec les logiques territoriales, et notamment avec les collectivités légitimes pour coordonner les actions développées sur leur territoire.

Les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé se sont réorganisés ces dernières années en région sous la dénomination d'instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps). Ils ont développé leurs missions d'expertise, d'accompagnement et de soutien méthodologique aux acteurs de terrain. Leur champ d'action généraliste, leur expérience et des habitudes de partenariat, établis de longue date avec les autres réseaux associatifs de santé à vocation plus thématique, les ont conduits assez naturellement à prendre en charge la coordination des pôles régionaux de compétence en éducation et promotion de la santé auxquels sont associés de nombreux acteurs régionaux de la prévention et qui sont appuyés financièrement et animés par l'Inpes.

Le niveau de qualité et de professionnalisme de leurs interventions s'est accru. Ils bénéficient en général de la confiance et du soutien des agences régionales de santé. Au niveau local, l'engagement de collectivités, communes, écoles, entreprises soucieuses de promouvoir la santé de leurs habitants, élèves, salariés ou usagers a également commencé à se développer. Cependant, au niveau national,

il n'existe ni texte relatif à la structuration de la promotion de la santé en région, ni fonds dédié à ces activités, par nature intersectorielles. Il n'existe pas non plus de modalité explicite de répartition des rares crédits, qui ont été en s'amenuisant au cours des dernières années.

Face aux spécificités de l'état de santé, un rééquilibrage des investissements des soins curatifs vers la prévention et au sein de prévention des actes individuels vers les interventions collectives de promotion de la santé est plus que jamais nécessaire

Au niveau de la santé et des dépenses de santé que nous avons atteint, il apparaît que c'est moins le volume absolu des dépenses qui compte que la pertinence des actions engagées et des services rendus. En fonction des interventions qui seront privilégiées ou sacrifiées, une évolution des dépenses de prévention entraînera ou non un impact significatif sur la santé et les inégalités de santé [40].

Les spécificités de l'état de santé en France appellent à l'évidence, au-delà de la prévention individuelle des maladies, une attention accrue à la santé et au bien-être dans toutes les politiques et un investissement public en faveur de la généralisation de projets de qualité en promotion de la santé dans les communes, les quartiers, les écoles, les entreprises, les lieux d'habitat collectif ou de prise en charge. Cela nécessite de développer les services (documentation, formation, aide méthodologique, accompagnement de projets, transfert de savoir-faire...) aux acteurs de la promotion de la santé dans ces milieux de vie, et de développer la recherche en promotion de la santé. Il y a là une marge considérable de progrès en qualité de vie, bien-être et santé pour un investissement financier tout à fait raisonnable. ↑

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



La prévention dans les soins

La prévention existe dans les soins. Elle est mal identifiée, peu évaluée et devrait trouver sa place dans une véritable stratégie coordonnée. Les pratiques préventives des professionnels pourraient être reconnues et améliorées.

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

François Alla
Professeur de santé publique,
université de Lorraine, direction
générale de la Cnamts

La prévention a pour objectif de prévenir l'apparition des maladies ou d'en réduire les conséquences en agissant sur leurs déterminants. Une grande partie de la morbi-mortalité et des dépenses de santé est liée à des affections accessibles à la prévention : pour la France, les cinq principaux facteurs de risque sont les conduites alimentaires (10 % de la charge de morbidité), le tabagisme (9 %), l'hypertension artérielle (7,5 %), le surpoids et l'obésité (7 %) et l'alcool (6,5 %) [45].

Il est aujourd'hui largement admis que l'état de santé de la population dépend d'abord de mesures prises dans d'autres secteurs que le secteur sanitaire. La politique de prévention doit donc articuler l'intervention du système de santé (prévention dite médicalisée, réalisée par les professionnels de santé ou « pratiques cliniques préventives ») et des leviers qui ne se trouvent pas dans ce système, pour agir sur les environnements et les comportements (promotion de la santé).

Il existe des controverses importantes sur l'efficacité et l'efficience de la prévention, liées notamment à l'hétérogénéité des interventions prises en compte. Globalement, une analyse des interventions recensées dans le *Tufts Medical Center Cost-Effectiveness Analysis Registry* [20], prise ici à titre illustratif, montre que les interventions de prévention médicalisée sont moins souvent rentables (c'est-à-dire que les coûts sont compensés par des gains) que les interventions de promotion de la santé à caractère collectif et qu'elles peuvent être toutefois efficaces (coût pour un résultat de santé donné). Pour prendre un exemple illustratif de ces constats, une modélisation dans le domaine de l'hypertension

artérielle [8] montrait qu'un dollar investi dans la promotion de la santé (réduction de la consommation de sel) permettait d'éviter entre 7 et 36 dollars de dépenses de soin (prise en charge de l'infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux), alors qu'un dollar investi dans la prévention médicalisée (traitement antihypertenseur) ne permettait d'éviter que 0,7 dollar, soit un coût supérieur à l'économie générée. Cependant, dans le deuxième cas, le coût par Qaly¹ gagné était de 15 800 dollars, soit très en deçà des seuils d'efficience généralement admis (30 à 50 000 euros par année).

Une autre analyse issue du *Tufts Medical Center Cost-Effectiveness Analysis Registry* objective une grande hétérogénéité des résultats avec une répartition des rapports coût-utilité superposable entre prévention médicalisée et soins curatifs [58]. Ces résultats soulignent encore que, si la prévention médicalisée peut être un important levier d'amélioration de la santé et des coûts, sa pertinence doit se juger au cas par cas sur des arguments factuels appliqués à une population donnée, dans un contexte donné et avec un cadrage de sa mise en œuvre.

Les acteurs et les actions de la prévention médicalisée

Le médecin généraliste, premier recours en France en termes de soins, est le premier acteur de la prévention médicalisée. Dans les faits, une part importante de son activité est consacrée à des actes de prévention [65], que

1. Le Qaly, pour *Quality-adjusted life years measurement*, est un indice combinant la durée et la qualité de vie. Un Qaly correspond à une année de vie en parfaite santé.

ces actes soient opportunistes ou réalisés en réponse à une demande du patient. D'autres professionnels de santé interviennent dans leurs champs de compétences respectifs et/ou dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle (ex. : médecins d'autres spécialités, dentistes, sages-femmes, infirmiers, etc.). Ces interventions peuvent se dérouler dans le système de soins ou dans le dispositif de santé publique (ex. : médecine du travail, médecine scolaire, protection maternelle et infantile, etc.).

La prévention médicalisée intègre une grande diversité d'interventions : information, éducation pour la santé (hygiène de vie, santé bucco-dentaire...) et counseling; bilans de santé, suivi des grossesses, dépistage des facteurs de risque et des maladies; vaccination, contraception, chimioprophylaxie, etc. Par ailleurs, certaines activités qui relèvent de la prévention ne sont pas toujours considérées comme telles (notamment dans les Comptes de la santé). Il s'agit de la prise en charge des facteurs de risque (ex. : hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, tabac, alcool...); de la prévention tertiaire, c'est-à-dire réalisée chez le malade pour éviter les récurrences et les conséquences de la maladie (ex. : traitement médicamenteux post-événement, éducation thérapeutique, accompagnement...); voire de la lutte contre les soins inutiles (prévention dite « quaternaire ») et contre les événements indésirables liés aux soins.

En termes de dépenses, là encore, l'état des lieux n'est pas simple et dépend du périmètre accordé à la prévention. Les Comptes de la santé individualisent une dépense de 5,8 milliards d'euros en 2011 pour la prévention (soit 2,4 % de la dépense courante de santé). Cette ligne budgétaire inclut des dépenses de prévention individualisable, qu'elles soient individuelles (vaccination organisée, médecine du travail, dépistage organisé, etc.) ou collectives. Cependant, elle ne tient pas compte des actes de prévention réalisés à l'occasion des consultations médicales [27], notamment pour la prise en charge des facteurs de risque et qui représentaient 4,4 % de la consommation de soins et biens médicaux selon une estimation de 2002 [28]). La prise en compte de ces dépenses doublerait au moins l'estimation des dépenses annuelles de prévention, qui pourraient être alors aujourd'hui à plus de 14 milliards d'euros.

État des lieux en France

En France, de nombreux rapports généraux ou thématiques ont souligné les faiblesses

de la politique de prévention, en particulier un rapport de la Cour des comptes en 2011 [24]. Il est globalement noté une absence de stratégie globale (il n'y a pas de politique de prévention proprement dite, mais un ensemble de mesures et d'interventions issues de plusieurs sources, peu coordonnées). Il faut y ajouter une mise en œuvre sub-optimale, que ce soit en termes d'implantation de la politique ou de pratiques des professionnels : par exemple, la France est au 17^e rang/25 en Europe pour la couverture vaccinale des enfants pour le ROR [35]. Autre exemple de cette situation, l'évaluation par le HCSP en 2010 des objectifs de santé publique, montre que sur 17 objectifs mesurables portant sur des facteurs de risque, seuls 3 ont été atteints [36]. Pour de nombreux facteurs, la France se situe ainsi dans une position défavorable par rapport à la moyenne européenne (ex. : tabac, alcool, activité physique...) [35]. Cela contribue à expliquer que, malgré un bon état de santé général, certains résultats – tous liés à des facteurs accessibles à la prévention – sont préoccupants : une mortalité prématurée élevée, notamment chez les hommes, une espérance de vie sans maladie chronique inférieure à la moyenne européenne, de fortes inégalités sociales et territoriales de mortalité, de morbidité et de qualité de vie. Or les marges de progrès existent. Pour prendre l'exemple du tabac (33 % de fumeurs dans la population adulte française vs 29 % en moyenne européenne fin 2009) [21], le seul alignement sur la moyenne européenne (soit une baisse absolue de 4 % de la prévalence) permettrait à terme une réduction annuelle des dépenses d'assurance maladie d'au moins 1,4 milliard d'euros. Un tel objectif est réaliste : des pays voisins comme l'Allemagne ou l'Italie ont obtenu des baisses de consommation de cet ordre de grandeur entre 2006 et 2009 [21].

Conclusion : rénover la politique de prévention

À partir de ces enjeux et constats, nous pouvons formuler en guise de conclusion plusieurs propositions pour le système de santé français :

- Il s'agit tout d'abord de se doter d'une véritable stratégie coordonnée, pilotée et suivie, articulant promotion de la santé et prévention médicalisée [14]. La décision dans le domaine doit être transparente et partagée, fondée sur les connaissances scientifiques et tenir compte des préférences sociales. Pour cela, elle doit pouvoir s'appuyer sur des recommandations basées sur des évaluations

de l'efficacité et de l'efficience de chaque intervention de prévention qui prennent en compte les dimensions structurelles, sociales et culturelles du système de santé français.

- Il est nécessaire d'accompagner les professionnels pour améliorer les pratiques préventives. Cela passe par le renforcement des actions auprès d'eux (actions d'accompagnement, de formation, de diffusion de référentiels adaptés à la pratique...). Cela passe aussi, c'est important de le préciser, par une évolution des attitudes des professionnels, des décideurs et de la population vis-à-vis de la prévention : celle-ci ne doit pas être envisagée seulement comme un acte ou une série d'actes individuels et ponctuels, mais comme une intervention collective par nature, c'est-à-dire pensée et organisée à l'échelle d'une patientèle ou d'un territoire [11]; elle doit s'inscrire dans un parcours, c'est-à-dire dans une trajectoire pluriprofessionnelle et plurisectorielle, coordonnée autour des besoins du patient. Dans ce cadre, sa pertinence doit être analysée. Il est en effet crucial de lutter contre la prévention inefficace, inutile, voire dangereuse. Il est par exemple paradoxal de constater que la meilleure couverture en termes de dépistage des cancers le soit pour le dépistage du cancer de la prostate, pourtant non recommandé.

- La prévention doit être intégrée dans l'activité des professionnels de santé et reconnue comme telle. L'investissement des professionnels dans la prévention doit être accompagné par des mesures organisationnelles, des rémunérations adaptées et la mise à disposition d'outils facilitants.

- La population doit être accompagnée afin d'améliorer sa capacité de choix à travers des programmes, thématiques ou non, dans une approche de promotion de la santé.

- Il s'agit enfin de prendre en compte la problématique des inégalités d'accès à la prévention médicalisée. Cela peut nécessiter de mettre en place des dispositifs spécifiques.

Au total, située à l'articulation de la promotion de la santé et des soins curatifs, la prévention médicalisée peut représenter un important levier d'amélioration de notre système de santé pour assurer sa pérennité tout en sauvegardant le principe de solidarité. ↑