

Un registre national pour guider les acteurs vers une prévention efficace

Laetitia Gouffé-Benadiba,
chargée d'études scientifiques en santé publique,

Pierre Arwidson,
directeur adjoint,
Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France.

D'après Acheson [1 ; 2], « *la santé publique est l'art et la science de prévenir les maladies, de promouvoir la santé et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société* ». De nombreuses modalités d'action existent, qui se résument toujours à modifier les environnements (physiques, réglementaires, etc.) et les comportements (incitation, motivation, etc.) dans un sens favorable à la santé. La prévention peut être médicalisée (p. ex. : vaccination, dépistage) ou non médicalisée. Contrairement aux produits de santé et aux dispositifs médicaux, elle n'est pas réglementée¹ et est délivrée par une myriade d'acteurs.

La prévention doit être considérée aussi sérieusement que les soins, pour la simple raison que les interventions de prévention, comme les soins, peuvent être efficaces, inefficaces ou avoir des effets contraires à ceux attendus. Les méta-analyses, en particulier les revues Cochrane², sont là pour nous en convaincre. Dans une catégorie d'interventions, par exemple la prévention du tabagisme à l'école, on retrouve des actions efficaces, et d'autres inefficaces voire contre-productives. Aucune catégorie d'intervention n'est efficace *per se*. Par exemple, on ne peut donc rien dire

de général sur la prévention du tabagisme à l'école : tout dépend de ce qui est fait précisément.

La prévention emprunte à différentes disciplines (médecine, épidémiologie, économie, sociologie, sciences comportementales, psychologie, management, administration et affaires publiques, sciences politiques, sciences de l'éducation, communication, numérique et marketing social, sciences de la dissémination et de l'implémentation, etc.). Elle s'applique à un grand nombre de secteurs au-delà de la santé et fait l'objet d'un patrimoine scientifique de plus d'un demi-siècle et d'une littérature scientifique abondante. La conception et la mise en œuvre des politiques de prévention s'appuient sur la connaissance de la situation épidémiologique, de la psychologie humaine et collective, et des différentes influences sociétales et économiques. La promotion de la santé s'intéresse aux déterminants de santé ; les études en population s'intéressent aux comportements.

Éclairer la décision en santé publique

Dans un rapport paru en novembre 2024, consacré à la prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et de promotion de la santé, la première recommandation de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) [3] porte sur la nécessité de « *développer des études d'efficacité et d'efficience pour éclairer les décisions en matière de santé publique* ». Il s'agit bien d'améliorer l'efficacité et l'efficience du dispositif de prévention en France, ce qui passe par l'évaluation des interventions

L'ESSENTIEL

► **Les bénéfices de la prévention en santé sont largement documentés. Toutefois, pour qu'ils deviennent réels, il est essentiel que les interventions mises en œuvre soient rigoureusement évaluées, et que les décideurs se saisissent davantage de ces indices de preuves scientifiques. C'est l'objectif du registre ReperPrev, porté par Santé publique France, à l'instar d'autres plateformes dans plusieurs pays. Il permet aux acteurs de repérer quelles sont les actions de prévention prouvées ou non, celles-ci étant répertoriées et classifiées selon un processus scientifique collégial, indépendant et reconnu.**

déployées dont on connaît – trop – peu l'impact aujourd'hui. Pour inciter les acteurs de terrain à ne pas repartir d'une page blanche à chaque fois, il est indispensable de valoriser les recherches (notamment françaises) et de mettre à leur portée ces ressources validées scientifiquement – c'est-à-dire les interventions évaluées et publiées sans pour autant être lues et considérées –, afin qu'ils puissent s'en saisir dans leur contexte professionnel. Plusieurs freins sont cependant identifiés : le terme « évaluation » revêt souvent des approches différentes (*voir article p. 9*) ; il n'est pas aisés de déployer en pratique une intervention efficace, en identifiant une structure porteuse qui puisse la monitorer et assurer ainsi sa qualité ; les financeurs peuvent se trouver dans une position inconfortable lors de la prise de décision, en l'absence d'éléments de preuve d'efficacité.

Dossier

Miser sur des interventions efficaces pour améliorer la prévention

ENCADRÉ 1 : QU'EST-CE QU'UN REGISTRE ?

C'est le terme consacré, utilisé dans la littérature (avec d'autres appellations telles que les « portails de bonnes pratiques ») pour désigner une plateforme qui identifie et recense des programmes et des interventions, selon plusieurs niveaux : celle-ci valorise les interventions efficaces ou prometteuses fondées sur des preuves, et les structures qui les mettent en œuvre. Un registre use de critères et d'outils standardisés reconnus. Ses travaux, originaux, reposent sur un processus scientifique clair, collégial et de revue par les pairs. Il propose des formats accessibles pour que les acteurs repèrent ce qui fonctionne ou non en prévention et il garantit la transparence sur les données (mention de l'inefficacité d'un programme). Actif, il met à jour ses informations selon les travaux du comité d'évaluation.

Certaines interventions en prévention efficaces permettent de diminuer les dépenses de santé [4] (voir articles p. 12 et p. 29). Parmi celles-ci, certaines sont plus efficaces que d'autres et devraient être privilégiées [5] ; c'est pourquoi Santé publique France œuvre, depuis 2018, à l'élaboration d'un outil qui recense les interventions efficaces et prometteuses en prévention et promotion de la santé. Dès 2021, ce projet a évolué pour s'aligner sur les standards de la recherche en prévention [6], l'expérience d'autres registres internationaux (voir article p. 18) et un processus scientifique.

Soutenir la dissémination des interventions déjà évaluées comporte en effet de nombreux avantages :

- permettre un gain de temps substantiel dans la phase de conception, qui peut parfois s'étendre sur une dizaine d'années, et engendrer une économie de temps et de ressources pour l'évaluation, en partant de certitudes initiales au lieu d'effets incertains propres à l'expérimentation ;
- bénéficier de l'expérience accumulée par les structures de terrain ;
- offrir un recul temporel et longitudinal, certains programmes solides étant suivis souvent sur plusieurs décennies ;

- tirer profit des outils et du matériel qui appuient ces interventions (manuels, formateurs et formations existantes, dispositifs de contrôle qualité déjà conçus), ainsi mis à disposition ;
- se concentrer sur le suivi de la qualité.

En outre, il s'avère essentiel de développer la recherche en prévention. Elle porte sur l'évaluation à la fois de l'efficacité (dont l'évaluation économique), de la dissémination et de l'implémentation des interventions.

Articuler recherches et pratiques de terrain

En 2025, le registre piloté par Santé publique France s'est doté d'un nom : ReperPrev³. Il s'appuie sur un Comité d'évaluation des interventions en prévention et promotion de la santé, composé de membres qualifiés, externes à l'agence, nommés après un appel à candidatures public. Ce comité se réunit quatre à cinq fois par an pour mener un travail de revue et de recensement des interventions en prévention et en promotion de la santé. Ces dernières sont identifiées à partir de la littérature, incluant des expériences internationales en vie réelle et des adaptations, ayant démontré leur efficacité, tout en intégrant l'innovation de terrain. Sont ainsi regardées les interventions proposées par des structures ou des

porteurs de projet, ou celles lauréates d'appels à projet. Certaines actions non évaluées, mais dont le fondement et/ou la description sont justifiés, figurent également au registre. Il s'intéresse en outre à la réplication d'interventions déjà évaluées d'un territoire à un autre, voire à l'adaptation française de programmes ayant fait leurs preuves à l'international.

Ainsi, le registre vise à optimiser l'articulation entre la recherche, les décideurs et les pratiques de terrain, en promouvant l'évaluation et la diffusion des innovations. La Société européenne de recherche en prévention le reconnaît en tant que Registre national en prévention pour la France. Tous les champs d'application en santé publique sont concernés, à l'exception de l'éducation thérapeutique du patient.

Le processus scientifique de ReperPrev est fondé sur une revue par les pairs, à l'aide d'une grille d'analyse standardisée (41 critères), ventilée en six volets :

1. Description des étapes de mise en œuvre (10 critères) : objectifs de l'intervention, description des étapes de mise en œuvre et cohérence entre le problème de santé publique et l'intervention choisie.

2. Fondements théoriques (2 critères) : lien entre le modèle théorique, la littérature et l'intervention.

3. Mesure de l'efficacité – méthodologie (10 critères) : typologie des données

ENCADRÉ 2 : QUELQUES DÉFINITIONS

Intervention en prévention et promotion de la santé : action ou ensemble d'actions planifiées avec un ou des objectifs prédéfinis, dont la mise en œuvre a pour but d'atteindre ces objectifs spécifiques.

Évaluation : type de recherche qui fournit un moyen d'évaluer les résultats à court et à long termes d'une action de prévention et les facteurs liés à ces résultats. Les normes en matière d'efficacité, d'efficience et de recherche à grande échelle en science de la prévention sont publiées par la Société internationale de recherche en prévention et intégrées à la pratique de la Société européenne de recherche en prévention. L'impact et la soutenabilité des actions entreprises sont pris en compte parmi les différents critères.

L'évaluation d'efficacité permet de documenter l'utilité d'une intervention et sa précision.

Efficacité : mesure de l'atteinte des objectifs et de la production des résultats escomptés ; l'efficacité évalue l'impact réel des actions entreprises sur la population-cible dans un milieu spécifique (ou non) et sur une période de temps.

Efficience : mesure de la relation entre les moyens mis en œuvre et les résultats obtenus : l'efficience vise à déterminer si les ressources ont été utilisées de façon optimale pour atteindre les objectifs fixés.

Effet : désigne les changements ou les impacts observés à la suite d'une intervention, directs ou indirects, mesurés à court, moyen ou long termes.

utilisées pour l'évaluation, pertinence des méthodes d'évaluation choisies par rapport à l'objectif et au cadre de l'intervention, qualité du schéma expérimental, etc.

4. Efficience – soutenabilité (7 critères) : description des ressources mises en œuvre (partenaires, moyens, coûts, etc.).

5. Éléments de transfert des connaissances (6 critères) : qualité de la documenta-

tion, accessibilité, qualité de la formation, etc.

6. Éthique (6 critères) : avis d'un comité de protection des personnes, modification des critères de jugement principaux et secondaires (prédéfinis) dans les résultats, respect de l'équité, consentement, effets secondaires, etc.

L'analyse des interventions est discutée collégialement par les

membres du Comité d'évaluation des interventions, qui les classent par niveaux. Les interventions inscrites en niveaux 3, 4 ou 5 documentent des indices d'efficacité, après évaluation (voir tableau 1).

L'appréciation du niveau de preuve est toujours précédée d'une ou de plusieurs mentions spécifiques, selon les cas (voir tableau 2).

Tableau 1 – Classification selon le niveau de preuve.

NIVEAU 1	Décrit de façon détaillée ce qui est mis en œuvre (protocole, guide)	Bien décrit
NIVEAU 2	Présente un mécanisme et une logique d'action objectivés : existence d'arguments théoriques référencés pour la construction de l'intervention	Bien fondé
NIVEAU 3	Effet démontré à l'aide d'un comparateur (p. ex. : groupe témoin) avec évaluation économique sans évaluation économique	Premiers indices de preuve
NIVEAU 4	Il existe des évaluations de réPLICATION indépendantes, qui confirment les conclusions pour une population-cible similaire	Bons indices de preuve
NIVEAU 5	Il existe des systèmes ou des procédures pour assurer la réPLICATION d'un impact positif	Forts indices de preuve

Tableau 2 – Qualification de toutes les interventions examinées (non-éligibilité en post-évaluation ou mentions spécifiques).

Non éligible	N'est pas une intervention en prévention/promotion de la santé ou ne répond pas aux critères d'éthique	Ne figurera pas au registre
Effets contre-productifs	L'intervention présente des effets contraires aux objectifs ou au détriment de la santé	Figurera avec mention des effets contre-productifs
Absence d'effets significatifs	L'intervention ne montre pas d'effets significatifs sur le ou les groupe(s) cible(s) – APRÈS ÉVALUATION	Figurera avec mention absence d'effets significatifs
Absence de données	Pas de connaissance sur les effets, car ils n'ont pas été recherchés (absence de données)	Figurera avec mention absence de données, effets inconnus
Résultats positifs	L'intervention montre des effets positifs significatifs sur le (ou les) groupe(s)-cible(s)	Figurera avec mention des résultats positifs

Enfin, ReperPrev comporte une section dédiée aux interventions qui ne sont plus mises en œuvre aujourd'hui, mais qui ont joué un rôle significatif dans l'évolution des connaissances. Elles sont archivées au titre du « patrimoine scientifique ». ■

1. À l'exclusion du développement récent d'homologation pour certains outils numériques en santé.
2. La collaboration Cochrane (plus de 11 000 membres et 35 000 contributeurs dans 130 pays) réalise la synthèse des connaissances sur l'efficacité des traitements et des interventions en santé (revues systématiques et métá-analyses qui sont les méthodes de référence pour synthétiser les connaissances scientifiques). Les revues Cochrane fournissent la

synthèse de toutes les études menées pour répondre à une question précise concernant l'évaluation des effets d'interventions en santé. En ligne : <https://france.cochrane.org>

3. En ligne : <https://reperprev.santepubliquefrance.fr>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Acheson D. *Independent inquiry into inequalities in health*. Londres : HM Stationery Office, 1998.
- [2] McMichael A. J., Beaglehole R. The changing global context of public health. *The Lancet*, 2000, vol. 356, n° 9228 : p. 495-499. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10981904/>
- [3] Bras P.-L., Monasse H. La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé. *Inspection générale des affaires sociales*, 14 novembre 2024-027R. En ligne : <https://igas.gouv.fr/la-prise-en-compte-des-preuves-scientifiques-dans-les-actions-de-prevention-et-de-promotion-sante>
- [4] Charges et produits pour 2025. [Rapport] Caisse nationale d'assurance maladie, 19 juillet 2024. En ligne : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2024-07-19-cp-rapport-charges-et-produits-pour-2025>
- [5] Benchmark. [Rapport] Washington State Institute for Public Policy. En ligne : <https://www.wipp.wa.gov/BenefitCost?topicId=9>
- [6] Gottfredson D. C., Cook T. D., Gardner F. E., Gorman-Smith D., Howe G. W., Sandler I. N. *et al.* Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: Next Generation. *Prevention Science*, 2015, vol. 16, n° 7 : p. 893-926. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25846268/>