

VERS UNE APPROCHE PRÉVENTIVE DISRUPTIVE POUR «SOIGNER» DURABLEMENT NOS SYSTÈMES DE SANTÉ

LOUIS G (1, 2), GUILLAUME M (1), KIRKOVE D (1, 3), PÉTRÉ B (1, 3)

RÉSUMÉ : Devant les multiples défis auxquels est confronté le système de santé belge - notamment le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques, l'accroissement des inégalités sociales de santé - le développement d'une approche préventive disruptive, qui trouve ses fondements dans la promotion de la santé, est essentiel pour aborder, de façon transversale et intersectorielle, les problèmes de santé de la population. Toutefois, la faible place accordée à la prévention et à la promotion dans le paysage politique belge (seulement 3 % des dépenses de santé), accentuée par un éclatement de son déploiement entre les différentes entités politico-institutionnelles (Autorité fédérale, Communautés et Régions), représente des limites non négligeables. De nouvelles opportunités, notamment soutenues par une «médecine des 4P», ouvrent la voie à une modernisation des approches préventives. Toutefois, cette nouvelle façon de concevoir la prévention ne sera profitable à la collectivité, prise dans sa diversité et sa complexité, qu'à la condition de se réancrer dans les fondamentaux inhérents à la promotion de la santé.

MOTS-CLÉS : *Prévention - Promotion de la santé - Santé publique - Médecine personnalisée*

TOWARDS A DISRUPTIVE PREVENTIVE APPROACH FOR SUSTAINABLE HEALTHCARE SYSTEMS

SUMMARY : Faced with the multiple challenges impacting the Belgian healthcare system - notably the aging of the population, the increase in chronic diseases and growing social inequalities in health - the development of a disruptive preventive approach rooted in health promotion is essential to address the population's health problems in a cross-sectional and intersectoral way. However, the scant attention paid to prevention and promotion in the Belgian political landscape (only 3 % of healthcare expenditure), accentuated by the fragmentation of its deployment between the various political-institutional entities (Federal Authority, Communities and Regions), represents a significant limitation. New opportunities, supported in particular by "4P medicine", are paving the way for a modernization of preventive approaches. However, this new way of conceiving prevention will only be beneficial to the community, in all its diversity and complexity, if it re-engages with the fundamentals of health promotion.

KEYWORDS : *Prevention - Health promotion - Public health - Personalized medicine*

INTRODUCTION

Au fil des dernières années, les maladies chroniques ont émergé comme la principale cause de morbidité et de mortalité à travers le monde, en particulier en Europe, engendrant une charge accrue pour les services de santé, tant sur le plan organisationnel que financier. Les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les maladies respiratoires sont parmi les principales causes de morbidité et de décès en Europe (1, 2). Ces affections se caractérisent par leur persistance dans le temps, leur irréversibilité, et leur impact global tant sur l'individu qu'au niveau sociétal.

La gestion des maladies chroniques représente un défi complexe. Une proportion importante de la population présente désormais un profil poly-pathologique, combinant plusieurs

affections chroniques et/ou comorbidités aiguës, ce qui aggrave les conséquences tant individuelles que collectives et complique la prise en charge (3, 4). De plus, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), seulement 50 % des adultes atteints de maladies chroniques adhèrent correctement à leur traitement (5)

Ces constats accroissent le fardeau associé aux maladies chroniques, avec des répercussions majeures aux différents niveaux de la société. Outre les aspects médicaux proprement dits, c'est le cas en raison, notamment, de la perte de productivité et des incapacités de travail qu'elles entraînent, ce qui exerce une forte pression sur le budget des systèmes de protection sociale. Les diagnostics et les traitements curatifs de ces maladies entraînent une augmentation significative des coûts des soins de santé, représentant jusqu'à 70-80 % du total des dépenses de santé (6). L'émergence de ces maladies chroniques est principalement attribuable au vieillissement de la population. À l'échelle mondiale, l'espérance de vie à la naissance a continué d'augmenter au cours des deux dernières décennies, passant de 77,8 ans en 2000 à 81,7 ans en 2022 (Statbel), et ce phénomène devrait se poursuivre dans les années à venir (7).

(1) Département des Sciences de la Santé Publique, ULiège, Belgique.

(2) GIGA I3, Pneumologie, ULiège, Belgique.

(3) Centre d'Expertise en Promotion de la Santé agréé par la Région wallonne, ULiège, Belgique.

Pour relever ces différents défis, il apparaît essentiel d'adapter nos systèmes de santé fortement marqués par une approche curative et biomédicale. L'objectif ne devrait plus être simplement d'allonger l'espérance de vie, mais plutôt l'espérance de vie en bonne santé (qui était de 64 ans en Belgique en 2021), en retardant l'apparition de ces maladies chroniques, voire en les prévenant. Cela passe, notamment, par une réorientation de nos efforts vers un système de santé qui rapproche le préventif du curatif, tout en s'intégrant dans le champ de la promotion de la santé (8).

Dans un premier temps, cette revue narrative vise à offrir aux acteurs de la santé une idée plus juste de la notion de prévention, de sa place dans le système de santé belge et de ses limites. Dans un second temps, elle vise à démontrer en quoi les progrès scientifiques peuvent moderniser la prévention, tout en rappelant l'ancrage nécessaire de celle-ci dans les fondements de la promotion de la santé.

D'UNE APPROCHE PRÉVENTIVE MÉDICO-CENTRÉE...

DÉFINITION CLASSIQUE DE LA PRÉVENTION

Traditionnellement, la prévention est définie par l'OMS (1948) comme «*l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps*» (9). Elle repose sur un schéma linéaire composé de quatre étapes (10, 11). La *prévention primaire* renvoie à tous les actes destinés à éviter l'émergence d'une maladie (e.g., la vaccination). La *prévention secondaire* renvoie à tous les actes destinés à détecter de façon précoce une maladie (e.g., dépistage). La *prévention tertiaire* renvoie à tous les actes destinés à réduire et éviter les complications d'une maladie (e.g. dans les suites d'un infarctus du myocarde). La *prévention quaternaire* vise à accompagner les personnes en fin de vie (e.g., les soins palliatifs).

LA PRÉVENTION EN BELGIQUE

SA PLACE DANS LA STRUCTURE INSTITUTIONNELLE

Dans la Belgique fédérale, les compétences politiques en matière de santé sont réparties entre l'Autorité fédérale et les entités fédérées (Communautés et Régions). S'agissant de la prévention, la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8/8/1980 prévoit que les Commu-

tés sont compétentes en matière «*d'éducation sanitaire ainsi que pour les activités et services de médecine préventive*», tout le reste relevant de l'Autorité fédérale. À la suite de la 6^{ème} réforme de l'État en 2014, cette loi spéciale a été modifiée pour étendre davantage les compétences en matière de prévention aux entités fédérées. En effet, chaque entité fédérée s'est dotée de structures pour déployer sa politique de prévention. Ainsi, côté francophone, c'est principalement la Région wallonne qui exerce une politique de prévention par l'entremise de son administration compétente, à savoir l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ), même si la Communauté française reste compétente pour les aspects préventifs liés à l'enseignement et à la petite enfance. Dans le nord du pays, contrairement au sud, le pouvoir régional et communautaire en matière de prévention est géré par une seule administration, l'Agentschap Zorg & Gezondheid (Agence Soin et Santé). Dans la région de Bruxelles-capitale, la prévention est partagée entre trois institutions en fonction de la communauté à laquelle elle s'adresse : la Commission communautaire francophone (COCOF), la Commission communautaire néerlandophone (COCON) et la Commission communautaire commune (COCOM). Enfin, à côté des entités fédérées, la dernière mouture de la loi du 8/8/1980 reconnaît à l'Autorité fédérale deux grandes compétences en matière de prévention :

1. les mesures prophylactiques nationales (e.g., la gestion des crises telles que des pandémies comme lors de la COVID-19, la politique scientifique);
2. la gestion de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (e.g., remboursement des médicaments et des prestations en médecine préventive).

Dès lors, en Belgique, l'organisation de la prévention est éclatée entre différents niveaux de pouvoirs et ne repose pas sur un cadre structurant national qui permettrait d'avoir une vision globale de la prévention sur l'ensemble du territoire belge (12).

SA PERFORMANCE

Nonobstant une politique en matière de santé fragmentée, la performance de notre système de santé en Belgique est globalement bien évaluée dans les rapports comparatifs internationaux (13). Le système belge de santé couvre presque toute la population pour une large gamme de services. La population belge jouit d'une bonne santé et d'une espérance de vie élevée (81,7 années en 2022), légèrement

supérieure à la moyenne de l'UE (80,6 années en 2022). De plus, la Belgique affiche de bons résultats en termes de taux de mortalité évitable grâce aux traitements, ce qui témoigne de l'efficacité générale du système de soins de santé pour sauver la vie des personnes atteintes de maladies potentiellement mortelles (13).

Cependant, la mortalité évitable grâce à la prévention est plus élevée en Belgique que dans de nombreux autres pays d'Europe occidentale (bien qu'elle reste inférieure à la moyenne de l'UE), ce qui indique qu'il est possible de progresser encore pour réduire le nombre de décès prématurés grâce à des politiques de santé publique et de prévention (2). Les chiffres de mortalité évitable nous font d'ailleurs reculer de cinq places dans le classement des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) par rapport à la mortalité évitable grâce aux traitements. Le rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) sur la performance du système de santé qualifie la performance de la prévention en Belgique de plutôt médiocre et justifie ses propos par les exemples suivants : *«Le taux de vaccination contre la grippe de la population âgée de 65 ans et plus est inférieur à l'objectif fixé par l'OMS (57 % en 2021 vs 75 % recommandés par l'OMS); les taux de couverture vaccinale chez les adolescents de la deuxième dose contre la rougeole (en 2020, 89 % en Flandre, 51 % en Wallonie et à Bruxelles) et de la première dose contre le HPV (en 2020, 84 % en Flandre et 50 % en Wallonie et à Bruxelles) sont inférieurs aux objectifs fixés par l'OMS (95 %); le taux de couverture total du dépistage du cancer du sein dans le groupe cible est relativement faible et stagne (il est passé de 61 % en 2010 à 59 % en 2021, ce qui reste bien en deçà des 75 % généralement recommandés). De plus, le taux de couverture du dépistage du cancer du sein via le programme organisé est trop faible pour être efficace (il était de 31 % en 2021, avec des disparités abyssales entre les régions : 4 % en Wallonie, 9 % à Bruxelles et 49 % en Flandre en 2021). Les taux de couverture totaux de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal sont également insuffisants (54 % pour chacun en 2021)»* (13).

Dans cette perspective, l'hôpital et sa position dominante dans le système de santé belge ne peuvent pas être considérés comme référence en matière de prévention. Reprenant l'idée développée par Martin et Aujoulat, on peut même indiquer que l'hôpital, en particulier, souffre du déficit de prévention des maladies alors que les maladies chroniques concernent 80 % des

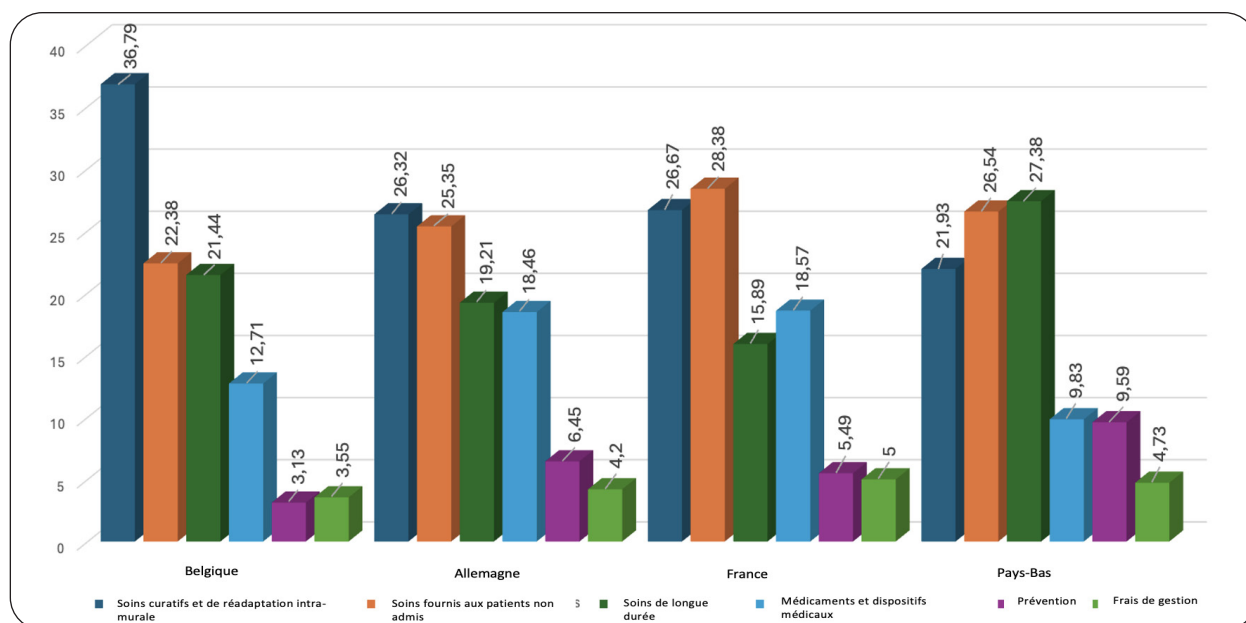
patients hospitalisés (14). L'hôpital propose une offre de service qui se caractérise par un plateau technico-curatif et qui ne répond pas aux besoins divers et complexes des patients usagers. En ce sens, l'hôpital œuvre peu pour prévenir la dégradation de santé des malades chroniques. À ce sujet, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en est un exemple emblématique. De fait, *«la quasi-totalité des moyens de prise en charge hospitalière des patients en BPCO sont mobilisés à un moment beaucoup trop tardif de l'évolution de la maladie, comme si toute prise en charge antérieure à la chronicisation ultime de la maladie était vouée à l'échec»* (14). Ainsi, les services de réhabilitation respiratoire, d'éducation thérapeutique, d'addictologie ou d'activité physique, bien qu'ils aient démontré des preuves d'efficacité, sont faiblement déployés au sein des institutions hospitalières mais aussi au niveau ambulatoire. Cette observation démontre l'absence d'intégration des stratégies de prise en charge préventive par le système hospitalier et dans notre système de santé en général.

SON FINANCEMENT

Ri de Ridder et F. Dammel parlent de *«grosse tache noire»* pour évoquer la prévention en Belgique (15). Cela indique qu'il serait possible de faire mieux en mettant l'accent sur la prévention, en réduisant les facteurs de risque et en offrant de meilleurs soins de santé en amont des maladies. Cette évolution s'inscrit dans un changement profond du système de santé. En effet, la réorientation des services de santé vers plus de prévention appelle, tout d'abord, un meilleur financement et plus d'investissement dans les actions préventives. De fait, la Belgique attribue seulement 3,1 % de son budget santé à la prévention, ce qui est plus faible que d'autres pays européens, comme l'illustre la **Figure 1**.

Par ailleurs, il apparaît essentiel de compléter la revalorisation financière de la prévention par une meilleure prise en considération des progrès scientifiques récents tels que le développement de l'intelligence artificielle (IA) à des fins de détection précoce du risque de développer une maladie. Ces progrès sont porteurs d'un souffle nouveau pour la prévention, à condition qu'ils se réancrent dans le champ de la promotion de la santé. Cette articulation entre avancées scientifiques et retour aux sources (inscription de la prévention dans la promotion de la santé) est discutée dans la prochaine section.

Figure 1. Comparaison de la répartition des dépenses en santé (%) entre la Belgique, l'Allemagne, la France et les Pays-Bas (source : OCDE data, 2022)



VERS UNE APPROCHE PRÉVENTIVE DISRUPTIVE CENTRÉE SUR LES BESOINS DE LA PERSONNE ET DE SON ENVIRONNEMENT

DE NOUVELLES OPPORTUNITÉS POUR RÉINVENTER LA PRÉVENTION DE DEMAIN

Le développement rapide des nouvelles technologies de l'information et de la communication, notamment marqué par le tournant de l'IA et son usage au service d'outils diagnostiques de plus en plus sophistiqués, d'une part, et la reconnaissance progressive et croissante de la figure du patient détenteur de droits et doué d'une expérience singulière lui permettant de devenir acteur de santé, d'autre part, constituent de nouvelles opportunités d'alimenter une nouvelle prévention personnalisée (16, 17). Cette dernière s'inscrit dans un mouvement récent qui a émergé dans le champ médical, à savoir la médecine 4P, c'est-à-dire une médecine qui se veut prédictive, préventive, personnalisée et participative (18). La médecine 4P s'éloigne de l'approche préventive classique «one size fits all» et offre une opportunité d'inscrire la prévention dans une vision plus globale de la santé de chaque individu. La dimension participative de cette médecine implique une participation des patients via la collecte de données auto-rapportées, mais aussi via leur implication dans

l'élaboration et la mise en œuvre des actes de prévention (18).

Deux exemples récents portés par la Faculté de Médecine de l'ULiège s'inscrivent dans cette nouvelle prévention disruptive et méritent de faire l'objet d'une brève présentation.

LES SCORES DE RISQUE POLYGÉNIQUES

Basés sur la combinaison du profil génétique des individus, l'intégration de multiples facteurs notamment cliniques, démographiques, environnementaux et l'apport des nouvelles technologies, les «scores de risque polygéniques» (PRS) permettent de déterminer le niveau de risque pour un individu de développer une maladie dite commune et complexe (pathologies cardiovasculaires, cancers, maladies inflammatoires, ...). Cette technologie a connu une grande évolution au cours des dernières années et se veut porteuse d'une nouvelle médecine préventive, personnalisée, visant l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé, en retardant l'apparition des maladies chroniques, voire en les prévenant. Le travail de validation des PRS est actuellement en cours en Wallonie pour que ceux-ci soient calibrés à la population wallonne (projet ENSEMBLE).

LA MÉDECINE PERSONNALISÉE DANS LE DOMAINE DE L'ASTHME

S'inscrivant dans cette médecine 4P, des travaux récents menés par Louis et coll. ont

démontré la performance prédictive d'un modèle de détection précoce de l'asthme combinant des données biocliniques (indices spirométriques) avec des données auto-rapportées par le patient (PROMs) (19). Cette étude a également montré que, pris individuellement, un PROM en particulier, à savoir la perception de l'intensité du sifflement bronchique, avait une meilleure capacité discriminative que certains biomarqueurs dont le monoxyde d'azote exhalé (FeNO) pourtant recommandé dans les récentes guidelines de l'European Respiratory Society (ERS) pour établir le diagnostic d'asthme (19). Ce modèle intégrant une composante participative via l'usage de PROMs ouvre des perspectives de santé publique importantes, en offrant un outil simple, rapide, peu coûteux et impliquant le patient. Cette nouvelle approche permettrait de répondre à une problématique de santé publique majeure en soins primaires, à savoir le nombre important de faux diagnostics (54 % de sous-diagnostic et 33 % de sur-diagnostic) dans une pathologie commune comme l'asthme (20).

RÉANCER LA PRÉVENTION DANS LE CHAMP DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Bien que la prévention des maladies et la promotion de la santé soient étroitement liées et parfois même confondues par certains acteurs de santé, elles se distinguent néanmoins l'une de l'autre, notamment par leurs finalités, leurs publics cibles, leurs stratégies d'intervention et leur référence de l'action comme l'illustre le **Tableau I** (21). Plus globalement, alors que la

prévention vise à éviter l'apparition d'une maladie et ses potentielles complications, la promotion de la santé, en tant que «*processus donnant aux individus les moyens de mieux contrôler leur santé et de l'améliorer*» (8), vise à rendre ces actions préventives possibles (12).

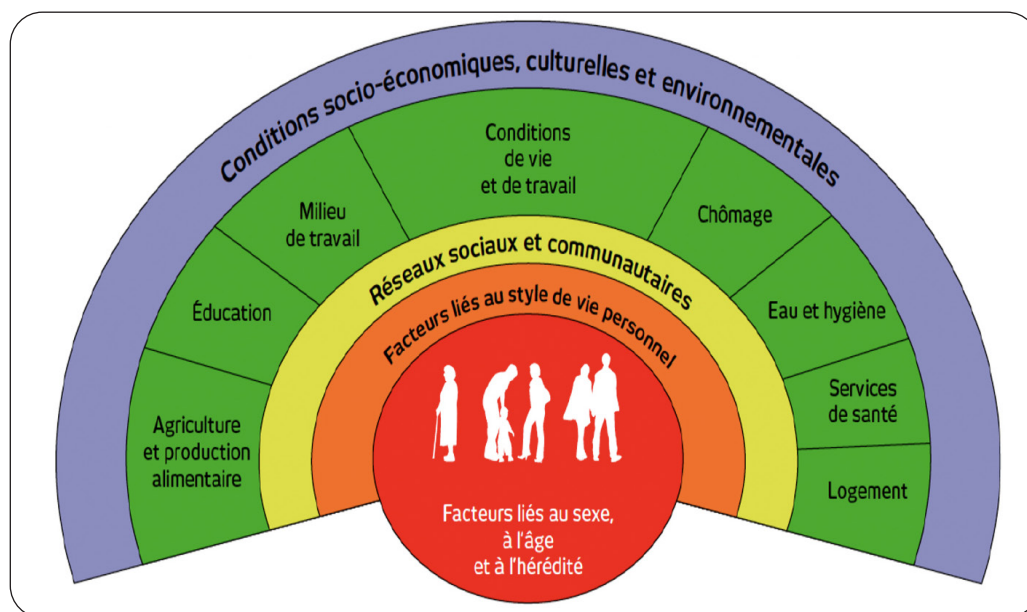
Malgré cette différence sémantique, plusieurs auteurs appellent à situer la prévention dans une perspective de promotion de la santé (22). Penser cette interconnexion n'est pas qu'une réflexion théorique, mais trouve des débouchés pratiques fondamentaux. En effet, l'approche classique de la prévention, uniquement fondée sur des facteurs médicaux, a été réinterrogée dans la littérature sous le prisme de la promotion de la santé.

- Tout d'abord, un acte de prévention ne peut faire fi des déterminants sociaux de la santé (DSS). Les DSS sont les facteurs non médicaux qui influencent la santé. Il s'agit des conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que de l'ensemble des forces et des systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne (23, 24). Ces forces et systèmes comprennent les systèmes économiques, les programmes de développement, les normes et politiques sociales, ainsi que les systèmes politiques, tel que décrit dans la **Figure 2** (25).
- Une action préventive qui ne s'inscrit pas dans le champ de la promotion de la santé est animée par une vision réductrice de la santé qui se traduit par une perspective médicale classique, où la santé est essentiellement synonyme

Tableau I. Prévention et promotion de la santé : quelles distinctions ? (adapté de 21)

	Prévention	Promotion de la santé
Finalités	Diminuer l'incidence et la prévalence des problèmes de santé ou des facteurs de risque	<i>Empowerment</i> (plus grand contrôle de l'individu sur sa santé et son milieu de vie) Qualité de vie, bien-être, santé
Publics	Groupes à risque	Populations, communautés, milieux de vie
Stratégies et modes d'action	Organisation des services de soins Action politique («top-down») Information pour la santé	Organisation des services de santé Action communautaire et participation des populations Éducation pour la santé Action politique («bottom-up») Action intersectorielle Modification de l'environnement
Contenus éducatifs	Spécifiques (informations, services, apprentissages sensori-moteurs, etc.)	Transversaux, démultiplicateurs (compétences psychosociales, analyse critique de l'information, etc.)
Référence de l'action	Santé manifestée ou observée - Santé objectivée	Santé vécue - Santé expérimentée et perçue

Figure 2. Modèle des déterminants de la santé. Dahlgren et Whitehead (1991) (25)



d'absence de la maladie. L'intégration de la prévention dans une dimension de promotion de la santé ouvre à une vision holistique de la santé qui se traduit par une perspective transversale et intersectorielle, où tous les domaines de la vie des individus (e.g., logement, travail, alimentation) sont constitutifs de leur santé (12).

- Une action de prévention médicale non conçue dans le champ de la promotion de la santé porte, en elle, le risque de contribuer à un accroissement des inégalités sociales de santé (ISS) (26). En effet, une campagne de prévention orientée uniquement sur des facteurs médicaux est porteuse d'un message qui, implicitement, s'adresse aux populations les moins exposées aux risques, à un homme idéal, «*homo medicus*», capable de maîtriser le langage médical et porter un regard clinique sur son corps. Une telle action préventive s'expose à passer inaperçue auprès des populations les plus précaires et les plus défavorisées, pour lesquelles un emploi et un logement stables restent la première des préoccupations, entraînant *de facto* une augmentation des inégalités dans l'accès aux soins préventifs.

- Depuis la fin des années 90, plusieurs travaux dans le champ de la promotion de la santé se multiplient pour donner corps à un nouveau type de prévention appelé «prévention communautaire». Cette dernière se définit par une participation des populations à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de prévention et ce, dans une finalité d'«*empowerment*», c'est-

à-dire d'émancipation et de renforcement des compétences des communautés (27, 28). La prévention communautaire s'ancre dans une approche socio-écologique en considérant que les comportements de santé sont moins le fruit de facteurs intra-personnels (endogènes) que de facteurs extra-personnels (exogènes). Ces derniers contribuent davantage à engager les populations à modifier de façon durable leurs habitudes de vie (29).

DÉFIS À RELEVÉ EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Fort de ces constats, les progrès scientifiques, notamment illustrés par les deux projets portés par la Faculté de Médecine de l'ULiège, ne tireront leur plein potentiel en matière de santé publique qu'à condition de s'articuler autour d'un questionnement des fondements des caractéristiques de la promotion de la santé présentées ci-dessus. Tout d'abord, s'agissant des PRS, si le travail de validation est fondamental, l'évaluation de la maturité de notre système de santé à accueillir ces outils et l'acceptabilité des parties prenantes le sont tout autant. En effet, les PRS introduisent une nouvelle ère pour la médecine préventive en Wallonie, porteuse d'un système hybride : entre prévention primaire et secondaire. Il convient de définir, en lien avec les enjeux d'approche communautaire, c'est-à-dire à partir du point de vue de multiples parties prenantes (acteurs politiques, bénéficiaires, acteurs scientifiques, professionnels de santé

et financeurs), le type d'intégration souhaité de ces outils dans le paysage de la médecine préventive en Wallonie. C'est à partir des orientations de sens qui seront définies par ce groupe que pourront découler les conditions organisationnelles, éthiques et éducatives nécessaires à l'intégration de ces dispositifs dans le paysage de la médecine préventive. Ensuite, s'agissant du modèle prédictif de l'asthme fondé sur les PROMs, pour ne pas engendrer un accroissement des inégalités sociales de santé, il apparaît indispensable d'ancrer cet acte de prévention dans une perspective communautaire, notamment en impliquant des patients asthmatiques, aux profils divers et variés en termes de littératie en santé, dans le processus de déploiement et d'implémentation de l'outil en soins primaires.

Concrètement, ces caractéristiques de la promotion de la santé aident à formuler des questions essentielles vis-à-vis des outils modernes de prévention.

- Comment penser l'utilisation de ces nouveaux outils de prévention sans renforcer les inégalités sociales de santé ?
- Comment impliquer la communauté dans le déploiement de ces nouvelles stratégies de prévention pour une pleine appropriation ?
- Comment faire en sorte que ces nouveaux outils de prévention soient utilisés par toute la population et notamment ceux qui sont prioritairement en quête d'un emploi et d'un logement ?
- Comment ces nouveaux outils permettent-ils d'obtenir une vision plus holistique de la santé ?
- Comment penser l'intégration de ces outils dans les pratiques des professionnels de santé ?

Or, en dépit des multiples travaux menés démontrant l'importance et l'urgence de réancrer la prévention dans le champ de la promotion de la santé, la plupart des dirigeants des États membres de l'OCDE continuent de développer des politiques préventives qui ne s'intègrent que très peu, voire pas du tout, dans le domaine de la promotion de la santé. À titre d'exemple, en Europe, les résultats des campagnes de dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées entre 50 et 69 ans démontrent l'échec des politiques actuelles de prévention (le taux de couverture du dépistage du cancer du sein dans les 27 pays membres de l'UE est de 51 % en 2021, bien en deçà des 70 % recommandés) et invitent à dépasser la vision médico-centriste qui anime ces politiques pour tendre vers une approche socio-écologique de la prévention (28). Ces politiques de prévention fondées sur la communication persuasive du risque (mobilisant des données épidémiologiques) et exercées de façon unilatérale, des-

pendante et hiérarchique («one size fits all») semblent désormais obsolètes et inefficaces pour répondre aux véritables enjeux psychosocio-sanitaires des populations qui appellent une approche plus personnalisée centrée sur les besoins de la personne et de son environnement (30).

CONCLUSION

En Europe, le sous-financement et l'échec des politiques actuelles en matière de prévention invitent à remettre en question l'approche préventive médico-centriste qui anime ces politiques. De nouvelles opportunités, notamment soutenues par une médecine des 4P, ouvrent la voie à une modernisation des approches préventives. Toutefois, cette nouvelle façon de concevoir la prévention ne sera profitable à la collectivité, prise dans sa diversité et sa complexité, qu'à la condition de se réancrer dans les fondamentaux de la promotion de la santé.

Remerciements

Les auteurs remercient M. Pierre-Louis Verdin pour son aide précieuse dans la mise en page des références.

BIBLIOGRAPHIE

1. Renard F, Scohy A, De Pauw R, et al. Health status report 2021 - L'état de santé en Belgique. Sciensano 2021. Disponible sur: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante>
2. OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies. Belgique: Profils de santé par pays 2021. OECD Publishing 2022. Disponible sur : <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/17c34ec7-fr.pdf?expires=1713517042&id=id&ccname=ocid49023880&checksum=9B86CF5B5A0A5C1FA328657D3D16B766>
3. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, et al. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ* 2015;**350**:h176.
4. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS ONE* 2014;**9**:e102149.
5. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva : World Health Organization; 2003. Disponible sur : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>
6. Seychell M. European Commission your gateway to trustworthy information on Public Health. European Commission 2016. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/newsletter/169/focus_newsletter_en.htm
7. European Commission. Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%91EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893>
8. World Health Organization. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 1986. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

9. World Health Organization. First World Health Assembly. Geneva : World Health Organization; 1948. Available from: <https://www.jstor.org/stable/4586736>
10. Leavell HR, Clark EG. *Preventive Medicine for the doctor in his community; an epidemiologic approach*. 1st edit. London: McGraw-Hill; 1958.
11. Bury JA. *Éducation pour la santé: Concepts, enjeux, planifications*. 4^{ème} edit. Bruxelles: De Boeck; 1988.
12. Sholokhova S. Prévention et promotion de la santé : vision, structure et financement. Démocratie 2021. Disponible sur: http://www.revue-democratie.be/images/articles-en-pdf/2021/octobre_21/1_compressed.pdf
13. Gerkens S, Lefèvre M, Bouckaert N, et al. Performance du système de santé belge : rapport 2024. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2024. Available from : <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/performance-du-systeme-de-sante-belge-rapport-2024>
14. Martin F, Aujoulat I. Stratégies de promotion de la santé à l'hôpital. In : Breton E, Jabot F, Pommier J, Editors. *La promotion de la santé: Comprendre pour Agir dans le monde francophone*. 2^{ème} édit. Rennes: Presses de l'EHESP; 2020.
15. Ridder RD, Dammel F. *Au chevet de nos soins de santé : Comment les améliorer sensiblement ?* 1^{ère} édit. Bruxelles: Mardaga; 2020.
16. Schork NJ. Artificial Intelligence and personalized medicine. *Cancer Treat Res* 2019;**178**:265-83.
17. Alemayehu D, Cappelleri JC. Conceptual and analytical considerations toward the use of patient-reported outcomes in personalized medicine. *Am Health Drug Benefits* 2012;**5**:310-7.
18. Green S, Vogt H. Personalizing medicine: disease prevention in silico and in socio. *Humana Mente* 2016;**9**:105-45.
19. Louis G, Schleich F, Guillaume M, et al. Development and validation of a predictive model combining patient-reported outcome measures, spirometry and exhaled nitric oxide fraction for asthma diagnosis. *ERJ Open Res* 2022;**9**:00451-2022.
20. Aaron SD, Boulet LP, Reddel HK, Gershon AS. Underdiagnosis and overdiagnosis of asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2018;**198**:1012-20.
21. Vanmeerbeek M, Mathonet J, Miermans MC, et al. Prévention et promotion de la santé : quels modèles pour soutenir l'évolution des pratiques en soins de santé primaires ? *La Presse Médicale* 2015;**44**:1-28.
22. Breslow L. From disease prevention to health promotion. *JAMA* 1999;**281**:1030.
23. Wilkinson R, Marmot M. Les déterminants sociaux de la santé. Les Faits. Genève, 2004. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107343/9789289023702-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Marmot M, Wilkinson RG. *Social determinants of health*. 2nd edit. Oxford: Oxford University Press; 2000.
25. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to the WHO strategy paper for Europe. Sweden. Report. *Institute for Futures Studies* 1991;**14**:1-67.
26. Peretti-Watel P. La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2013;**61**(Suppl3):S158-62.
27. Ninacs WA. Passerelles - Cahier de recherches et d'initiatives sociales sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités. Empowerment et intervention: Développement de la capacité d'agir et de la solidarité. Passerelles - Cahier de recherches et d'initiatives sociales sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités. Quebec: Presses Université Laval; 2008.
28. Raude J. Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : Paradigmes et évolutions. *Communication & Languages* 2013;**2**:49-64.
29. Richard L, Potvin L, Kishchuk N, et al. Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *Am J Health Promot* 1996;**10**:318-28.
30. Syme SL. The prevention of disease and promotion of health: the need for a new approach. *Eur J Public Health* 2007;**17**:329-30.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au
Pr Pétré B, Département des Sciences de la Santé Publique,
ULiège, Belgique.
Email : benoit.petre@ulg.ac.be