



Health prevention research in France: Increasing investment is a priority, rethinking targets is equally crucial

La recherche française en prévention en santé : Investir davantage est prioritaire, revoir les cibles l'est tout autant

Louise Potvin¹ · Chloé Hamant² · Zoé Rollin³

Published online: 28 April 2026

© The Author(s) under exclusive license to The Canadian Public Health Association 2026

La prévention primaire consiste à prévenir l'incidence des maladies par la réduction de l'exposition aux facteurs de risque modifiables. La promotion de la santé consiste à agir sur les environnements physiques, sociaux, économiques et politiques pour renforcer les capacités des individus et communautés à agir sur leur santé et ses déterminants (Organisation mondiale de la santé, 1986) et, conséquemment, réduire l'émergence des facteurs de risque dans les populations, ce que certains nomment prévention primordiale (McDowell et al, 2024). Bien financées et implantées à l'échelle des populations, ces stratégies épargnent des souffrances et des soins et sauvent des vies d'une manière encore plus efficace que les dépenses de soin (Martin et al, 2020). Une étude récente estime que 40% de l'incidence de tous les cancers et 50% de la mortalité par cancer aux États-Unis en 2019 étaient attribuables à des facteurs de risques connus et modifiables. À elle seule, l'exposition au tabac est responsable de plus de la moitié de ces statistiques navrantes (Islami et al, 2024)!

Notoirement, au sein des pays de l'OCDE, la France ne fait pas bonne figure au chapitre de la prévention primaire. Avec 23,1% de prévalence d'usage quotidien du tabac parmi les personnes de 15 ans et plus en 2023, la France occupait le premier rang d'un palmarès peu reluisant (OCDE, 2024). Même avec une formidable baisse de la prévalence à 18,2% pour 2024 (pour une population plus restreinte des

18-75 ans), la prévalence de l'usage du tabac en France demeure encore parmi les plus élevées au sein de l'OCDE. La situation est la même pour la couverture de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH), prouvée efficace pour prévenir le cancer du col utérin. Alors qu'en 2023, plusieurs pays à hauts revenus montrent des taux de couverture complète (deux doses) pour la vaccination VPH des femmes entre 20 et 29 ans qui oscillent entre 60% et 80%, la France traîne encore en dessous de 50%, alors que la cible d'efficacité populationnelle est de 90% (Han et al., 2025). Même en ce qui concerne la prévalence du surpoids et de l'obésité, domaine où la France fait bonne figure, les tendances à la hausse, pour les hommes comme pour les femmes depuis le milieu des années 1990 sont inquiétantes (Salavane et al, 2024). En lien avec ces constats, on observe que la pratique de l'activité physique est également particulièrement faible, en particulier chez les adolescents (OECD, 2025), ce qui engage à une réflexion globale sur des environnements favorables tant dans l'organisation des temps éducatifs et de travail que sur l'accès aux infrastructures adaptées en développant l'urbanisme favorable à la santé (UrbASEPT, 2024).

Par ailleurs, d'autres facteurs d'exposition, eux-aussi évitables sont laissés dans l'ombre. C'est en particulier le cas de l'exposition aux cancérogènes professionnels. Le cancer est en effet la principale cause de mortalité en lien avec le travail, représentant 100 000 à 130 000 décès par an en Europe (Musu & Vogel, 2018). Ceux-ci sont particulièrement invisibilisés, alors même qu'ils touchent majoritairement les plus vulnérables, dans un contexte de très faible marge de manœuvre : l'espace du travail. L'enquête SUMER montre en effet que si 11% des salariés français sont exposés à des substances cancérogènes au travail, 43,6% des ouvriers le sont.

✉ Louise Potvin
louise.potvin@umontreal.ca

¹ CReSP, Université de Montréal, Montreal, Québec, Canada

² Associée TRIANGLE, Lyon, France

³ Université Paris Cité, CERLIS, ETTIS-INRAE, Paris, France

Décidément, une réflexion sérieuse s'impose pour améliorer la prévention en France. Il est prioritaire de resituer la prévention dans des processus plus globaux, en cherchant en quoi les comportements à risque prennent leurs sources dans les inégalités sociales. Celles-ci alimentent les inégalités sociales de santé et les aggravent. C'est d'autant plus urgent qu'il est hautement prévisible que le vieillissement de la population s'accompagnera d'une hausse spectaculaire de l'incidence des cancers (Global Burden of Disease, 2023) qui mettra à mal la capacité des systèmes à soigner tout le monde ! Sans un vrai tournant en matière de recherche en prévention, il existe un vrai risque d'accroissement de la vulnérabilité des populations déjà précarisées.

Compte tenu de ce bilan préoccupant, il faut s'inquiéter des investissements dans la recherche en prévention en France. Bien qu'il soit difficile de compartimenter les investissements de recherche en fonction de leur influence sur les pratiques et programmes accessibles à la population, les chiffres, lorsqu'ils sont disponibles montrent un sous-financement de la recherche en prévention primaire en comparaison avec les autres domaines de la recherche en santé. Ainsi, parmi les 1,8 milliards d'Euros consentis par l'INCa à la recherche entre 2007 et 2023, 3% (58 millions) sont spécifiquement identifiés à la recherche en prévention. On pourra arguer que les 9% investis en recherche étiologique pourraient éventuellement se traduire en prévention (Institut national du cancer, (Institut national du cancer, 2024). Cet argument tient mal la route car, comme indiqué précédemment, si l'on s'attaquait sérieusement à prévenir l'occurrence des facteurs de risque déjà connus et modifiables, on éliminerait près de la moitié des cancers! Dans la même veine, l'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP) consacrait à peine 19% de son maigre budget 2023 (9,9 millions d'Euros en 2023) à la recherche en prévention et promotion de la santé (Groupe d'intérêt scientifique, 2024).

Pour bien apprécier l'état de la recherche en prévention en France, il faudrait aussi savoir sur quoi porte cette recherche. Or, la réponse à cette question nécessiterait une analyse approfondie des projets financés par les organismes de financement de la recherche, et à notre connaissance, ces analyses si elles existent, ne sont pas publiées. Toutefois, déjà en 2005, après 10 ans de travail de synthèse des études sur les interventions de prévention, le Groupe de travail américain sur les services communautaires en prévention identifiait le faible nombre d'études concernant la mise en œuvre d'interventions jugées efficaces comparativement aux études testant de nouvelles interventions, comme une des lacunes importantes de la recherche en prévention (Zaza et al., 2005). Presque 20 ans plus tard, un groupe de chercheurs australiens constatait que l'on sait ce qu'il faut

faire pour réduire l'incidence et la mortalité des maladies chroniques; ce que l'on ne sait pas, c'est comment mettre à l'échelle et rendre accessible à tous, les programmes et politiques éprouvés en prévention primaire et en promotion de la santé (Wolfende et al., 2022). La conclusion coule de source, le vrai besoin de recherche pour améliorer la prévention c'est une recherche interventionnelle, menée en contexte, pour mieux comprendre comment les conditions locales d'implantation influencent la capacité de programmes et politiques éprouvées à mettre en œuvre la prévention de manière efficace. Compte tenu de ce que l'on sait déjà, pour espérer avoir un impact sur la santé de la population française, la recherche en prévention devrait prioritairement chercher comment mettre en œuvre en France, et maximiser les bénéfices pour tous, des interventions de prévention dont l'efficacité théorique a été démontrée. Comme le montre la figure 1, pour augmenter l'impact de la recherche en prévention sur la santé de la population il faut inverser la pyramide des investissements de la recherche en prévention.

Depuis plus de 15 ans l'INCa cherche à développer la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) qui vise justement à produire des connaissances sur les conditions de mise en œuvre de la prévention primaire et de la promotion de la santé. Comme illustré dans les articles qui forment le corps de ce numéro spécial portant sur la RISP en France, quatre caractéristiques distinguent la RISP des autres types de recherche en prévention. Parce qu'elle s'intéresse aux problématiques complexes qui touchent à la fois l'organisation du vivre ensemble et l'exposition à des substances physico-chimiques et à des agents pathogènes, la RISP est obligatoirement multidisciplinaire, donnant une large place aux sciences humaines et sociales. Elle est aussi conduite en situation réelle, puisque l'efficacité populationnelle d'une intervention de prévention est nécessairement tributaire des caractéristiques des populations concernées et des contextes dans lesquels elle se déploie. Puisque la recherche n'est pas une condition permanente dans les milieux, les interventions et la méthode mises en œuvre à travers la RISP sont co-construites en collaboration avec les intervenants, les décideurs et les personnes concernées dans les milieux. Ces co-constructions s'appuient sur le croisement des savoirs scientifiques, professionnels et d'expérience.

Les données sont claires, le potentiel de la prévention est sous-exploité en France. La population française en souffre et en souffrira davantage à moins d'opérer les changements qui s'imposent. Ces changements impliquent l'accélération d'une science de la prévention qui se fait en situation réelle, en mobilisant pleinement les expertises développées en sciences humaines et sociales et en étroite collaboration avec les parties prenantes dans les milieux.

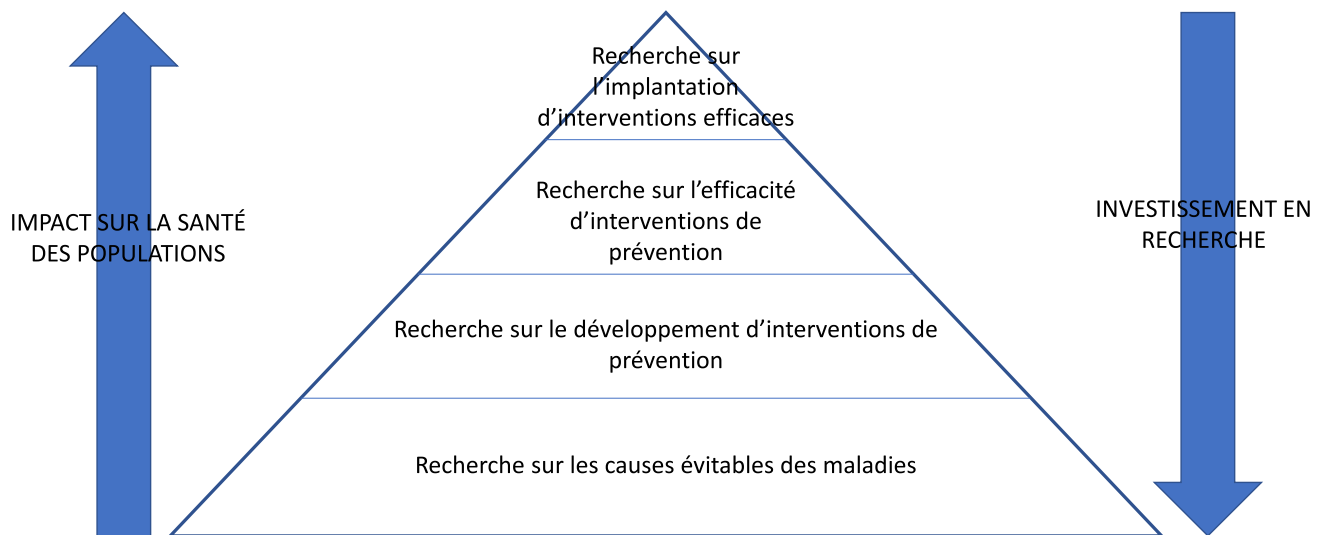


Fig. 1 Pyramide des priorités de recherche en prévention en santé

Primary prevention aims to prevent the incidence of diseases by reducing exposure to modifiable risk factors. Health promotion focuses on acting upon physical, social, economic, and political environments in order to strengthen the capacity of individuals and communities to take action on their health and its determinants (Organisation mondiale de la santé, 1986) and, consequently, to reduce the emergence of risk factors within populations—what some refer to as primordial prevention (McDowell et al., 2024). When adequately funded and implemented at the population level, these strategies prevent suffering and reduce healthcare needs, saving lives more effectively than curative healthcare expenditures (Martin et al., 2020). A recent study estimates that 40% of the incidence of all cancers and 50% of cancer mortality in the United States in 2019 were attributable to known and modifiable risk factors. Exposure to tobacco alone accounts for more than half of these alarming figures (Islami et al., 2024).

Notably, among OECD countries, France performs poorly in the area of primary prevention. With a daily tobacco use prevalence of 23.1% among individuals aged 15 years and older in 2023, France ranked first in an unenviable league table (OECD, 2025). Even with a substantial decline in prevalence to 18.2% in 2024 (based on a narrower population aged 18–75 years), tobacco use prevalence in France remains among the highest in the OECD. A similar situation is observed with regard to vaccination coverage against the human papillomavirus (HPV), which has proven effective in preventing cervical cancer. While in 2023 several high-income countries reported full vaccination coverage (two doses) for HPV among women aged 20–29 years ranging between 60% and 80%, France still lags below 50%, despite a population-level effectiveness target of 90% (Han et al., 2025). Even in

the area of overweight and obesity prevalence—where France performs relatively well—upward trends since the mid-1990s for both men and women are a cause for concern (Salavane et al., 2024). In connection with these observations, levels of physical activity are also particularly low, especially among adolescents (OECD, 2025), prompting broader reflection on health-promoting environments, both in the organization of educational and working time and in access to appropriate infrastructure, through the development of health-supportive urban planning (UrbASEPT, 2024).

Moreover, other exposure factors—also preventable—remain largely overlooked, particularly exposure to occupational carcinogens. Cancer is indeed the leading cause of work-related mortality, accounting for 100,000 to 130,000 deaths per year in Europe (Musu & Vogel, 2018). These deaths are especially invisible, even though they disproportionately affect the most vulnerable workers, within a context of very limited room for manoeuvre: the workplace. The SUMER survey shows that while 11% of French employees are exposed to carcinogenic substances at work, this figure rises to 43.6% among manual workers.

Clearly, serious reflection is needed to improve prevention in France. It is essential to reposition prevention within broader frameworks by examining how risk behaviours are rooted in social inequalities. These inequalities fuel and exacerbate social health inequalities. This is all the more urgent given the high likelihood that population ageing will be accompanied by a dramatic increase in cancer incidence (Global Burden of Disease, 2023) which will severely strain the capacity of healthcare systems to provide care for all. Without a genuine shift toward prevention research, there is a real risk of increasing vulnerability among already disadvantaged populations.

In light of this troubling assessment, investments in prevention research in France warrant serious concern. Although it is difficult to disentangle research investments according to their influence on population-accessible practices and programmes, available figures point to a clear underfunding of primary prevention research compared with other areas of health research. Thus, of the €1.8 billion allocated by the French National Cancer Institute (INCa) to research between 2007 and 2023, only 3% (€58 million) was specifically identified as prevention research. It may be argued that the 9% invested in aetiological research could potentially translate into prevention (Institut national du cancer, 2024). This argument is unconvincing, however, since, as noted above, seriously addressing the prevention of already known and modifiable risk factors would eliminate nearly half of all cancers. Similarly, the French Institute for Public Health Research (IReSP) allocated only 19% of its modest 2023 budget (€9.9 million) to prevention and health promotion research (Groupe d'intérêt scientifique, 2024).

To fully assess the state of prevention research in France, it is also necessary to understand what this research actually focuses on. Answering this question would require an in-depth analysis of projects funded by research funding bodies, and to our knowledge, such analyses—if they exist—have not been published. However, as early as 2005, after ten years of synthesizing studies on prevention interventions, the U.S. Community Preventive Services Task Force identified the limited number of studies focusing on the implementation of interventions deemed effective, compared with studies testing new interventions, as a major gap in prevention research (Zaza et al., 2005). Nearly twenty years later, a group of Australian researchers similarly concluded that

while we know what needs to be done to reduce the incidence and mortality of chronic diseases, what we do not know is how to scale up and make accessible to all the programmes and policies proven effective in primary prevention and health promotion (Wolfenden et al., 2022). The conclusion is straightforward: the most pressing research need to improve prevention lies in intervention research conducted in real-world settings, aimed at better understanding how local implementation conditions influence the capacity of proven programmes and policies to deliver effective prevention. Given what is already known, prevention research seeking to impact the health of the French population should primarily focus on how to implement in France—and maximize benefits for all—prevention interventions whose theoretical effectiveness has already been demonstrated. As shown in Figure 1, increasing the population health impact of prevention research requires reversing the current pyramid of prevention research investments.

For more than fifteen years, the INCa has sought to develop population health intervention research (PHIR), which specifically aims to generate knowledge on the conditions under which primary prevention and health promotion can be implemented. As illustrated by the articles comprising this special issue on PHIR in France, four characteristics distinguish PHIR from other types of prevention research. Because it addresses complex issues involving both the organization of collective life and exposure to physicochemical substances and pathogenic agents, PHIR is inherently multidisciplinary, giving substantial weight to the social sciences and humanities. It is also conducted in real-world settings, as the population-level effectiveness of prevention interventions necessarily depends on the characteristics of

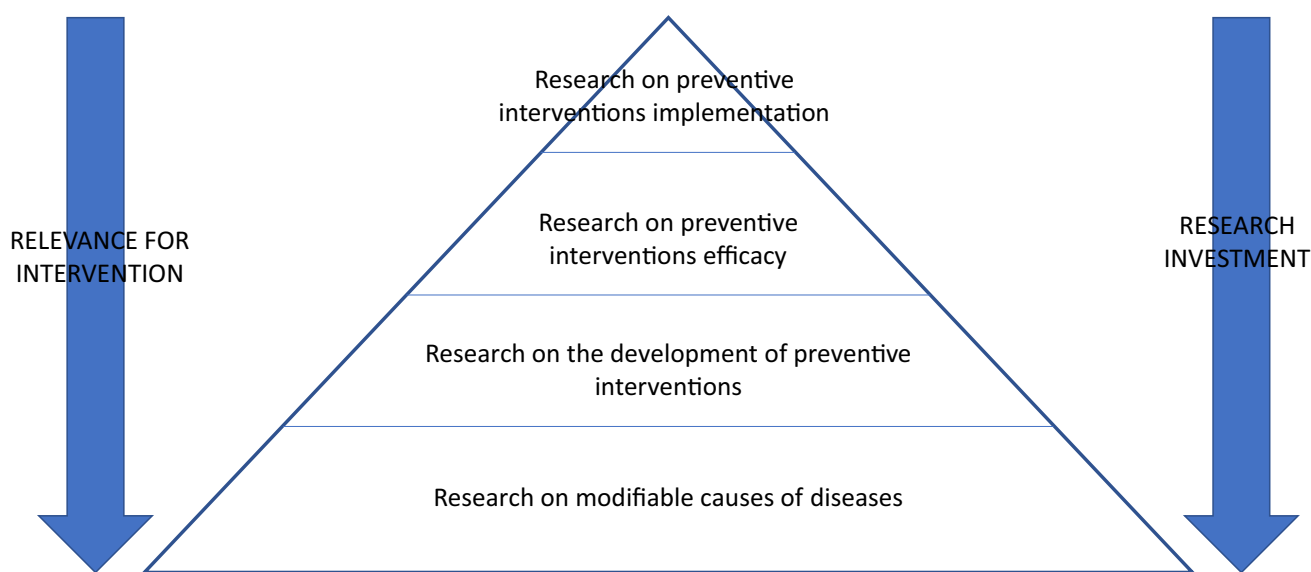


Fig. 1 Pyramid of priorities for health prevention research

target populations and the contexts in which interventions are deployed. Since research is not a permanent feature of practice settings, the interventions and methods developed through PHIR are co-constructed in collaboration with practitioners, decision-makers, and affected populations. These co-constructions rely on the integration of scientific, professional, and experiential knowledge.

The evidence is clear: the potential of prevention is underexploited in France. The French population is already suffering from this situation and will suffer even more unless the necessary changes are made. These changes require accelerating a science of prevention that operates in real-world settings, fully mobilizing expertise developed in the social sciences and humanities, and working in close collaboration with stakeholders in practice settings.

Références/References

- Global Burden of Disease. (2023). Cancer Collaborators. (2025). The global, regional and national burden of cancer, 1990–2023, with forecasts to 2050: A systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2023. *Lancet*, *406*, 1565–1586.
- Groupe d'intérêt scientifique. (2024) Institut pour la Recherche en Santé Publique. *Rapport d'activité 2023*. Téléchargé en janvier 2026 de : <https://iresp.net/wp-content/uploads/2024/07/Rapport-dactivite-2023-valide-le-4-avril-2024.pdf>
- Han, J., Zhang, L., Chen, Y., Zhang, Y., Wang, L., Cai, R., Li, M., Dang, L., Chen, H., & Zhu, L. (2025). Global HPV vaccination programs and coverage rates: A systematic review. *eClinicalMedicine*, *84*, Article 103290.
- Institut national du cancer. (2024). *Rapport scientifique 2023. Actions pour la recherche sur les cancers*. Téléchargé en janvier 2026 de : <https://www.calameo.com/institut-national-du-cancer/read/007759608bece2b95991b>
- Islami, F., Marlow, E. C., Thompson, B., McCullough, M. L., Rungay, H., Gapstur, S. M., Patel, A. V., Soerjomataram, I., & Jema, A. (2024). Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States, 2019. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *74*, 405–432.
- Martin, S., Lomas, J., & Claxton, K. (2020). Is an ounce of prevention who a pound of cure? A cross sectional study of the impact of English public health grant on mortality and morbidity. *British Medical Journal Open*, *10*, Article e036411.
- McDowell, I., Morrison, R., & Rajaram, N. (2024). *AFMC Notions de santé des populations. Un cybermanuel sur les concepts de santé publique à l'usage des cliniciens*. Ottawa : Association des facultés de médecine du Canada (2026Téléchargé en janvier 2026 de : <https://phprimer.afmc.ca/fr/>
- Musu, T., & Vogel, L. (dir.) (2018). *Cancer et travail. Comprendre et agir pour éliminer les cancers professionnels*. ETUI. Document téléchargé en janvier 2026 de : <https://www.etui.org/sites/default/files/2020-08/cancer-travail-WEB.pdf>
- OCDE. (2024). *Fumeurs quotidiens*. Données téléchargées en janvier 2026 de : <https://www.oecd.org/fr/data/indicators/daily-smokers.html>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2025). *Country Health Profile 2025: France*. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Organisation mondiale de la santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Document téléchargé en janvier 2026 de : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chart-re.pdf>
- Salavane, B., Verdot, C., Escalon, H., Gautier, A., & Deschamps, V. (2024). Évolution de la corpulence déclarée dans les baromètres de Santé Publique France de 1996 à 2017. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, *15*, 306.
- UrbASEPT (2024). *L'urbanisme favorable à la santé* (UFS). Rennes : EHESP. <https://www.ehesp.fr/recherche/domaines-et-champs-de-recherche/urbanisme-favorable-a-la-sante-ufs/>
- Wolfenden, L., Hawe, P., Rychetnik, L., Sutherland, R., Narnes, C., Yoong, S., Giles-Corti, B., Mitchell, J., Bauman, A., Milat, A. J., Chai, L. K., Mayfield, S., Matersson, N., Freebairn, L., Sacks, G., Wilson, A., Wright, A., & Wiggers, J. (2022). A call to action: More collaborative implementation research is needed to prevent chronic disease. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *46*, 549–553.
- Zaza, S., Briss, P. A., & Harris, K. W. (2005). *The guide to community preventive services. What works to promote health?* Oxford.

Publisher's Note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.